



Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen Ludwigsburg

University of Applied Sciences

Die Rolle der Führungskraft bei der Prophylaxe und Intervention des Burnout-Syndroms am Beispiel der Vermögens- und Bauämter Baden-Württembergs.

Bachelorarbeit

zur Erlangung des Grades eines Bachelor of Arts (B.A.),
vorgelegt von

Steffen Butz

Studienjahr 2012/2013

Erstgutachterin: Prof. Dr. C. Schneider

Zweitgutachter: Prof. G. Pfeifer

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Anlagenverzeichnis.....	IV
Einführung	1
1. Das Burnout – Syndrom	3
1.1 Geschichtlicher Hintergrund.....	3
1.2 Krankheitssymptomatik.....	3
2. Führung	5
2.1 Definition Führungskraft.....	5
2.2 Verantwortungsbereich einer Führungskraft.....	6
2.2.1 Rollenverständnis.....	6
2.2.2 Einstellung der Führungskräfte zum Thema Burnout.....	7
3. Reaktionsmöglichkeiten der Führungskräfte	8
3.1 Präventive Maßnahmen	9
3.2 Intervention bei existierenden Problemen.....	11
3.3 Nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung	14
4. Forschungsfrage und Ziele	17
5. Empirische Untersuchung	19
5.1 Methodisches Vorgehen	19
5.2 Datenerhebung	20
5.2.1 Instrument	22
5.2.2 Empirisches Feld.....	25
5.3 Datenaufbereitung	27
5.4 Datenanalyse – Auswertungsmethodik.....	28
6. Ergebnis der Untersuchung	29
6.1 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse	29
6.1.1 Teil 1: Allgemeine Fragen zum Burnout-Syndrom	29
6.1.2 Teil 2: Mitarbeiter - Führungskräftebeziehung.....	32
6.1.3 Teil 3: Selbsteinschätzung der Führungskräfte	34
6.1.4 Teil 4: Coaching	38
6.1.5 Teil 5: Abschlussfragen	39
7. Handlungsempfehlung	42

Anlagen.....	I
Literaturverzeichnis.....	XXIII
Ehrenerklärung:	XXV

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zunahme der psychischen Störungen (Arbeitsunfähigkeitstage)	1
Abbildung 2: Auswirkungen von Stress auf die Kommunikation.....	12
Abbildung 3: Work-Life-Balance	15
Abbildung 4: Übersicht zur Erstellung des Fragebogens.....	20
Abbildung 5: Organigramm Vermögen und Bau Amt Stuttgart.....	26
Abbildung 6: Fünfstufige Ratingskala	31
Abbildung 7: Fünfstufige Ratingskala	41

Anlagenverzeichnis

Anlagen 1 bis 4 auf der beigefügten CD:

- Anlage 1: Artikel Zeit online, Krankenstand: Zahl der Burn-out-Erkrankungen steigt
- Anlage 2: BKK Gesundheitsverband, BKK Gesundheitsreport 2011: Zukunft der Arbeit
- Anlage 3: Artikel Süddeutsche online, Seelische Gesundheit in Unternehmen: Firmen sollen Burn-out bekämpfen
- Anlage 4: Gallup Institut, Gallup-Studie 2011

Anlagen 8 bis 9 im Anhang:

- Anlage 5: Übersicht der ausgewählten Ämter
- Anlage 6: Fragebogen
- Anlage 7: Anschreiben
- Anlage 8: Dankeschreiben
- Anlage 9: Auswertung und Auswertungsdiagramme

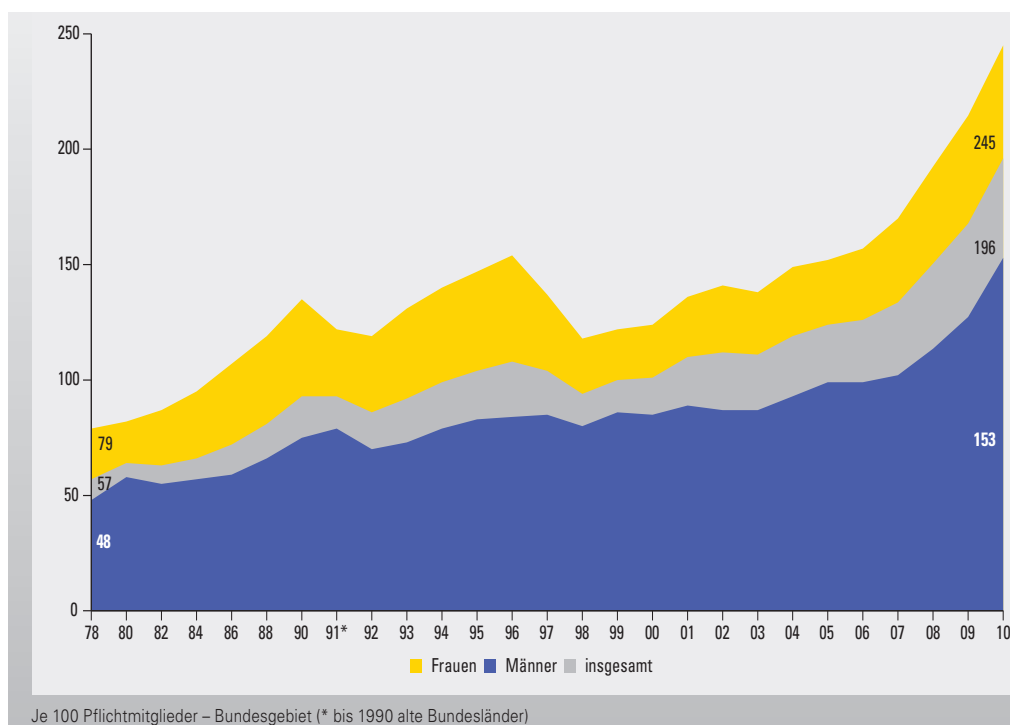
Anlage 10 bis 11 auf der beigefügten CD:

- Anlage 10: Kultusministerkonferenz Handreichung 23.09.2011
- Anlage 11: Baden-Württemberg, Vermögen und Bau Amt Stuttgart, Informationsblatt für neue Mitarbeiter

Einführung

Das Schlagwort Burnout ist in der heutigen Zeit allgemein bekannt und durch die ständige Präsenz in den Medien auch immer mehr ein Thema für die Politik. Die geistige Gesundheit spielt heute mehr denn je eine wichtige Rolle im Arbeitsalltag. Laut einem Artikel in der „Zeit“ hat das wissenschaftliche Institut der AOK im Jahr 2011 festgestellt, dass seit 2004 die Fehltage, welche im Zusammenhang mit einem Burnout stehen, um fast das neunfache auf insgesamt 1,8 Millionen angestiegen sind.¹ Dies ist anhand des BKK Gesundheitsreports von 2011 zu sehen. Hier ist ein stetiger Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage von 1978 bis 2010 zu beobachten.²

Abbildung 1: Zunahme der psychischen Störungen (Arbeitsunfähigkeitstage)



Quelle: BKK Gesundheitsreport 2011

¹ URL: <http://www.zeit.de/karriere/2011-04/burn-out-erkrankungen>, [23.11.2012], als Anlage 1 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

² BKK Gesundheitsverband, BKK Gesundheitsreport 2011: Zukunft der Arbeit, S. 187, Anlage 2 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

Die psychische Krankheit Burnout belastet im gleichen Maße Arbeitgeber³ wie auch Arbeitnehmer. Zeiten, in denen nur körperlich hart arbeitende Menschen von Problemen dieser Art betroffen sind, gehören der Vergangenheit an. Da in der heutigen Zeit die Anforderungen der Arbeit einem dauernden Wandel unterzogen sind, herrscht dadurch auch ein immer größer werdender Konkurrenzkampf im Arbeitsleben. Das Arbeitspensum und der damit gekoppelte Stress steigen durch ständige Einsparungen bei den Personalressourcen immer deutlicher an. Menschen, die mit diesem Veränderungsprozess, der daraus entstehenden Arbeitsverdichtung und dem folglich resultierenden Druck in der heutigen Leistungsgesellschaft nicht zu Recht kommen, bleiben meist auf der Strecke.

Gegenwärtig gilt Stress in der Arbeit oft als Zeichen der Wichtigkeit des Einzelnen. Wer keinen Stress hat, gilt schnell als nicht wichtig genug. Dabei ist es oft nicht schlimm, sich ehrgeizige Ziele festzulegen und sich für seinen Arbeitgeber durch die eigene Leistung ein Stück weit unverzichtbar zu machen. Jedoch muss man das persönliche Ziel stets vor Augen haben und nicht Gefahr laufen, für Prestige und Status seine psychische und körperliche Gesundheit zu opfern.

Ein so wichtiges Thema macht wie oben bereits erwähnt auch um die Politik keinen Bogen. Laut einem Artikel in der Süddeutschen Zeitung hat sich eine Gruppe SPD-regierter Länder der Erweiterung des Arbeitsschutzgesetzes gewidmet. Es wird angeregt, über eine Bundesinitiative das Gesetz um den Schutz der seelischen Gesundheit der Beschäftigten zu ergänzen.⁴

Doch wie ist der aktuelle Zustand in der öffentlichen Verwaltung? Ist das Burnout-Syndrom hier bekannt? Wird möglicherweise schon aktiv

³ Auf geschlechtsneutrale Formulierung wurde aus Gründen der Lesbarkeit verzichtet. Im Fortlauf der Bachelorthesis sind immer beiderlei Geschlechter gemeint.

⁴ URL: <http://www.sueddeutsche.de/karriere/seelische-gesundheit-in-unternehmen-firmen-sollen-burn-out-bekaempfen-1.1510394>, [23.11.2012], als Anlage 3 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

dagegen vorgegangen, und wenn ja, wie wird dies bewältigt? Diese und die Frage, welche Rolle Führungskräfte der Verwaltung in diesem Zusammenhang spielen, wird in der anschließenden Bachelorthesis anhand einer empirischen Umfrage bei den Vermögens- und Bauämtern in Baden-Württemberg dargelegt werden und mit einer Handlungsempfehlung, die sich aus den gewonnen Erkenntnissen ergibt, abgeschlossen.

1. Das Burnout – Syndrom

Der einleitende Punkt der vorliegenden Thesis widmet sich der Vorstellung des Burnout-Syndroms. Beginnend mit der Darstellung des geschichtlichen Hintergrunds wird nachfolgend die Symptomatik der Krankheit näher erläutert.

1.1 Geschichtlicher Hintergrund

Die Entstehungsgeschichte der Krankheit Burnout beginnt im Jahre 1974 und wurde größtenteils durch den US-Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger geprägt. Freudenberger beschreibt den Begriff laut seinen Forschungsergebnissen als einen Zustand, in dem besonders aufopferungsvolle, engagierte und pflichtbewusste Mitarbeiter beginnen, Symptome wie Erschöpfung, Reizbarkeit oder Zynismus zu zeigen.⁵ Gemeint ist der Prozess des „Sich-Entleerens“, das Erschöpfen der eigenen körperlichen und vor allem seelischen Reserven.⁶

1.2 Krankheitssymptomatik

Die führende Burnout-Forscherin der USA, Christina Maslach, sieht das Burnout-Syndrom als eine Folge der emotionalen Erschöpfung, Entpersönlichung und einer reduzierten Erfüllung der Betroffenen in ihrem

⁵ Vgl. Schneglberger, Judith, Burnout-Prävention unter psycho-dynamischen Aspekt, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, S. 27.

⁶ Vgl. Kernen, Hans, Burnout-Prophylaxe, Paul Haupt Verlag, 1998, S. 17.

Beruf, welches meist bei Menschen auftritt, die an der persönlichen Leistungsgrenze arbeiten.⁷

Gestützt wird dies durch die These, dass Burnout keine medizinische Diagnose ist. Vielmehr ist es eine Zustandsbeschreibung, welcher eine Vorgeschichte ursächlich vorausgegangen ist.⁸ Besser lässt es sich als eine Arbeits- und Erschöpfungsdepression beschreiben. Im Ganzen wird laut Fachliteratur dafür der Überbegriff Depression verwendet.

Das Burnout-Syndrom unterteilt sich in drei Phasen. Beginnend mit der Überlastungsphase, in der eine wirkliche Entspannung des Betroffenen durch ein zu hohes Arbeitspensum und chronischen Stress nicht mehr eintritt und als Folge meist Aggressionen desjenigen offenbart. Folgend von der Alarmierungsphase, in welcher der Körper in einer ständigen Anspannung verbleibt und eine Regeneration nahezu unmöglich ist. Die Folge hiervon sind erfahrungsgemäß Flucht und Rückzug. An letzter Stelle steht die Knock-out-Phase,⁹ in welcher der Körper bestehende Reizinformationen nicht mehr verarbeiten kann und die betroffenen Personen keine Energie für die Arbeit oder jegliche andere alltägliche Dinge aufwenden können. Demzufolge rutschen sie in die Isolation und Passivität.¹⁰

Vorliegendes Problem wird von der Allgemeinheit überwiegend bei Personen in der freien Wirtschaft gesehen. Doch auch in bürokratischen Organisationen wie dem öffentlichen Dienst und dessen Verwaltung können Überbelastung und ein Mangel an Autonomie, Belohnung und Anerkennung¹¹ dazu führen, dass Betroffene in einen Zustand der psychischen wie auch seelischen Erschöpfung geraten. Was in der

⁷ Vgl. Litzcke, Sven/Schuh, Horst, Belastungen am Arbeitsplatz, CIV Deutscher Instituts-Verlag, 2003, S. 170.

⁸ Vgl. Krämer, Horst, Soforthilfe bei Stress und Burnout, Kösel-Verlag, 2010, S. 27.

⁹ Vgl. Krämer, Horst, Soforthilfe bei Stress und Burnout, Kösel-Verlag, 2010, S. 96-98.

¹⁰ Vgl. Bergner, Thomas M.H, Burnout-Prävention, Schattauer GmbH, 2009, S. 10-11.

¹¹ Vgl. Litzcke, Sven/Schuh, Horst, Belastungen am Arbeitsplatz, CIV Deutscher Instituts-Verlag, 2003, S. 176.

Fachliteratur dann unter „ausbrennen“ oder besser bekannt „Burnout“ verstanden wird.

2. Führung

Im Allgemeinen wird unter der Bedeutung des Wortes „Führung“ „leiten“, „in Bewegung setzen“ und „die Richtung bestimmen“ verstanden.

Zweck der „Führung“ ist es, jemanden zu einer geplanten und kontrollierten Handlung zu bewegen, mit dem Hintergrund, ein vorab definiertes Ziel zu erreichen.¹²

Organisationen bestehen immer aus einer Führungsriege und den darunter stehenden Mitarbeitern. Ohne eine effiziente und gut ausgebildete Führung können Mitarbeiter nicht optimal für das Unternehmen tätig sein. Dies ist in der öffentlichen Verwaltung nicht anders als in der Privatwirtschaft. Der Schmierstoff einer gut funktionierenden Verwaltung sind zufriedene Mitarbeiter. Da Führungskräfte direkt auf das Wohlbefinden ihrer Angestellten Einfluss nehmen können, wird im nachfolgenden Abschnitt der Begriff „Führungskraft“ und die Verantwortung, welche im Bezug auf das Burnout-Syndrom in diesem Bereich besteht, erläutert.

2.1 Definition Führungskraft

Wie der Name schon beinhaltet, „führt“ eine Führungskraft die Mitarbeiter der zugehörigen Organisation und versucht, diese optimal auf die auszuführenden Arbeitsabläufe einzustimmen. Zutreffende Aufgabenbereiche müssen durch die Führungskraft bei den Mitarbeitern klar abgegrenzt sein. Aufgaben müssen an die entsprechend zuständigen Arbeitskräfte verteilt werden.

¹² Vgl. Weibler, Jürgen, Personalführung, Verlag Franz Vahlen München, 2012, S. 17.

Führungskräfte müssen neben ihrer fachlichen Kompetenz vor allem auch eine soziale Kompetenz aufweisen. Vom verantwortungsvollen Handeln der Führungskräfte hängt die Zukunftsfähigkeit der öffentlichen Verwaltung ab.¹³

Zu den wichtigsten Eigenschaften einer Führungskraft zählen Kommunikationsfähigkeit, emotionale Intelligenz, Teamfähigkeit, Konfliktmanagement, lebenslanges Lernen, die Fähigkeit zur Selbststeuerung und –strukturierung sowie Ambiguitätstoleranz, was bedeutet, dass eine Entscheidung immer eine Auswirkung auf mehrere Bereiche haben wird.¹⁴

Es besteht die Pflicht, den Mitarbeitern die Sinnhaftigkeit, den Wert ihres Handelns und somit die Bedeutung ihrer Person im Unternehmensganzen zu vermitteln.¹⁵

Um zu verstehen, weshalb Führungskräfte Einfluss auf das Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter haben, wird zunächst klargestellt, welcher Verantwortung sie sich im Bezug auf Burnout bewusst sein müssen.

2.2 Verantwortungsbereich einer Führungskraft

2.2.1 Rollenverständnis

Im Bewusstsein von Führungskräften muss fest verankert sein, dass gute Führung nicht nur aus guter Organisation folgen kann, vielmehr muss stets an den sozialen Beziehungen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern gearbeitet werden.

Unter Mitarbeitern und Vorgesetzten muss ein Vertrauensverhältnis herrschen, in dem sich beide Parteien ihrer Rolle bewusst sind.

¹³ Vgl. Gourmelon, Andreas/Mroß (Hrsg.), Michael, Führung im öffentlichen Sektor, Nomos Verlagsgesellschaft, 2010, S. 11.

¹⁴ Vgl. Lohmer, Mathias/Sprenger, Bernd/von Wahlert, Jochen, Gesundes Führen, Schattauer GmbH, 2012, S. 52-58.

¹⁵ Vgl. Litzcke, Sven/Schuh, Horst, Belastungen am Arbeitsplatz, CIV Deutscher Instituts-Verlag, 2003, S. 178.

Mitarbeiter, die ihrem Vorgesetzten gegenüber loyal sind, erwarten von ihm einen gewissen Grad an Vertrauen, der ihnen zeigt, dass die Führungskraft hinter den Mitarbeitern steht.¹⁶

Führungskräfte müssen sich ihrer Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern bewusst sein. Diese dürfen nicht sich selbst überlassen werden.

Die Führung von Mitarbeitern steht in direktem Verhältnis zu ihrer Betreuung. Um die Mitarbeiter entsprechend betreuen zu können, müssen einer Führungskraft die individuellen Stärken und Schwächen eines Mitarbeiters bekannt sein. Diese Voraussetzung kann wiederum nur durch engen Kontakt geschaffen werden.

Eine der bedeutendsten Aufgaben der Führungskraft ist es, Ziele zu formulieren und mit den geeigneten Instrumenten auf das Arbeitsumfeld der Mitarbeiter zu übertragen, so dass diese Ziele von ihnen auch realistisch umgesetzt werden können. Dies setzt bei der Führungskraft einen hohen Grad an methodischem Wissen und emotionaler Kompetenz voraus.

Abschließend ist festzustellen, dass es also nicht Aufgabe ist, die eigenen Mitarbeiter nur zu beaufsichtigen und mit ihrer Arbeit alleine zu lassen, sondern sie in die richtige Richtung zu leiten und ihnen auf diesem Weg als Unterstützer und Hilfesteller beiseite zu stehen.

2.2.2 Einstellung der Führungskräfte zum Thema Burnout

An oberster Stelle muss der Gedanke „Gesundes Führen“ stehen. Darunter versteht sich, dass Führungskräfte einen Teil der Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter tragen.¹⁷ Den übrigen Teil der Verantwortung müssen die Mitarbeiter selbst tragen.

¹⁶ Vgl. Lohmer, Mathias/Sprenger, Bernd/von Wahlert, Jochen, *Gesundes Führen*, Schattauer GmbH, 2012, S. 85.

¹⁷ Vgl. Lohmer, Mathias/Sprenger, Bernd/von Wahlert, Jochen, *Gesundes Führen*, Schattauer GmbH, 2012, S. 95.

Die Einstellung von Führungskräften zum Thema Burnout setzt voraus, dass sie die Krankheit kennen und diese folglich auch als eine solche akzeptieren.

Außerdem müssen die Ursachen wie zum Beispiel ein zu hohes Arbeitspensum, das zu einer Überlastung der Mitarbeiter führen kann, den Führungskräften bekannt sein. Da die Mitarbeiter einer Organisation immer sehr individuell sind und in ihrem Verhalten nie gleich, ist dies ein besonders anspruchsvoller Punkt. Der Eine kommt mit einem hohen Arbeitspensum über einen längeren Zeitraum gut klar, der Andere jedoch überhaupt nicht. Im letzteren Fall muss eine auf das Thema Burnout, sensibilisierte Führungskraft dieses Problem erkennen und dementsprechend richtig einschätzen. Es muss ihr bewusst sein, dass dies zu einem Ausfall der betroffenen Arbeitskraft führen kann, wenn durch richtiges Handeln die gegenwärtige Situation nicht geändert werden kann.

Festzustellen ist, dass es zum Großteil an den Führungskräften, ihrem Wissen, ihrer sozialen Kompetenz und letztendlich dem richtigen Handeln und ihrer Einstellung zu dieser Krankheit liegt, welche möglichen Folgen für den Mitarbeiter eintreten können.

3. Reaktionsmöglichkeiten der Führungskräfte

Aufgrund des demographischen Wandels wird in Zukunft immer mehr Arbeit von immer weniger Menschen bewältigt werden müssen. Diesem Problem müssen sich die Führungskräfte der heutigen Zeit bewusst sein und mit geeigneten Maßnahmen ihren Mitarbeitern vorbeugend, aber auch während eines Burnouts, aktiv zur Seite stehen. Hierzu gibt es verschiedene Möglichkeiten wie auch Zeitpunkte um einzuschreiten. In den nun folgenden Punkten werden einige genannt werden.

3.1 Präventive Maßnahmen

Unter präventiven Maßnahmen und vorbeugendem Führungsverhalten verstehen sich solche, die vor dem Ausbrechen der Krankheit angewandt werden und der Vermeidung dieser dienen sollen. Damit sind vorbeugende Maßnahmen gemeint, welche im Folgenden näher erläutert werden.

In der Fachliteratur wird zwischen Primär- und Sekundärprävention unterschieden. Bei der Primärprävention handelt es sich um das Vermeiden von Erkrankungen und Senken der Neuerkrankungsrate. Hierzu gehören die Gestaltung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes. Ein weiterer Punkt ist die Kontrolle der physikalischen, chemischen und biologischen Einflüsse.¹⁸ Die Sekundärprävention zielt auf die Früherkennung der Krankheit und die darauf folgenden Maßnahmen ab.¹⁹

Um präventive Maßnahmen umzusetzen, muss an erster Stelle die Schulung der zuständigen Führungskräfte stehen. Ohne eine richtige Schulung im Bezug auf das Problem können oftmals die Warnsignale eines „Ausbrennens“ bei einem Mitarbeiter nicht richtig erkannt werden.

Sind den Führungskräften die Symptome bekannt, stellt sich die Frage, ob das gegenwärtige Führungsverhalten das Auftreten der Krankheit begünstigen oder eher verhindern kann. Ein autoritärer Führungsstil, bei dem den Mitarbeitern wenig Freiraum für eigene Entscheidungen bleibt, begünstigt meist das Problem.²⁰

Vorgesetzte müssen das tägliche Gespräch mit ihren Mitarbeitern suchen, um herauszufinden, ob sie die anfallende Arbeitslast gerecht und vor allem realistisch eingeteilt und verteilt haben. Ein distanzierter

¹⁸ Vgl. Lohmer, Mathias/Sprenger, Bernd/von Wahlert, Jochen, *Gesundes Führen*, Schattauer GmbH, 2012, S. 21.

¹⁹ Vgl. Hokenbecker-Belke, Eva, *Ausgebrannt- Ein Ratgeber für Mitarbeiter und Führungskräfte zur Burnout-Prävention in personenzentrierten Dienstleistungsberufen*, LIT Verlag, 2007, S. 5.

²⁰ Vgl. Lehky, Maren, *Leader Ship 2.0*, Campus Verlag, 2011, S. 175.

Vorgesetzter und ungerecht verteilte Arbeit führen oft zu einem schlechten Betriebsklima, was tunlichst vermieden werden muss.

Bei dem Punkt des Fehlermanagements werden ebenfalls die Weichen für oder gegen eine in der Zukunft liegende mögliche Erkrankung gestellt. Menschen, die immer nur wegen ihrer Fehler kritisiert werden und diese vor die Füße geworfen bekommen, anstatt sachlich darüber zu sprechen und nach einer Lösung zu suchen, neigen bald dazu, die gesamte Arbeit, die sie abliefern, als schlecht anzusehen.

Laut der Gallup-Studie 2011 des Gallup Instituts hat schon jeder vierte Mitarbeiter innerlich gekündigt und nur 14% der Beschäftigten arbeiten engagiert mit einer emotionalen Bindung zu ihrem Arbeitgeber.²¹

Aus diesem Grund ist es wichtig, seine Mitarbeiter bei einer guten Leistung zu loben, auch wenn nur das allwöchentlich angestrebte Ziel erreicht wurde. Lob und Anerkennung der Arbeit fördern die Motivation eines Mitarbeiters und sind somit ein sehr wichtiger Baustein für das Zugehörigkeitsgefühl des Einzelnen in der gesamten Organisation.²²

Regelmäßige Mitarbeitergespräche sind ein wichtiger Bestandteil in der Führungsebene. Es gibt festgesetzte Zeiträume, in denen die Pflichtgespräche absolviert werden müssen. Darüber hinaus ist es wichtig, regelmäßige Treffen mit den Mitarbeitern durchzuführen, um festzustellen, welche Stressfaktoren eine Belastung für den Einzelnen darstellen, um diese dann so gut wie möglich auszumerzen. Ein regelmäßiger Austausch mit den Mitarbeitern wird zu einer Verbesserung des Arbeitsablaufes beitragen.

Von der Schule zum Arbeitsleben hin hat sich bei einigen Handlungsweisen nicht allzu viel geändert. In der Schule wurden Probleme, welche die eigene Person betrafen, meist nicht mit dem Lehrer

²¹ Gallup Institut, Gallup-Studie 2011, S. 1, als Anlage 4 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

²² Vgl. Lehky, Maren, Leader Ship 2.0, Campus Verlag, 2011, S. 178.

besprochen, sondern mit einem speziell dafür geschulten Vertrauenslehrer. Das hat sich in der Arbeitswelt nicht geändert. Jemand, der mit dem Arbeitspensum nicht fertig wird und ständig unter Stress steht, es dem Vorgesetzten Recht machen zu wollen, will selten mit diesem über die eigene Person reden und Gefahr laufen, sich als schwach gegenüber seinen Kollegen und dem Vorgesetzten zu outen. Aus diesem Grund ist es wichtig, eine Anlaufstelle im Unternehmen zu haben, die sich mit diesen Problemen der Mitarbeiter auseinander setzt und eine beratende Funktion für Arbeitnehmer und Arbeitgeber einnehmen kann.

Pausenzeiten sind wichtig und müssen auch eingehalten werden. Der menschliche Körper braucht Entspannung und Abwechslung. Pausen durchzuarbeiten, um dann nach Feierabend erschöpft ins Bett zu fallen, hält kein Mensch sein ganzes Arbeitsleben lang durch. Führungskräfte müssen darauf achten, dass Pausen eingehalten werden und es wenn möglich auch eine räumliche Trennung wie einen Pausenraum gibt, in dem einer anderen Aktivität nachgegangen werden kann. So ist die soziale Kommunikation und auch das tatsächliche Abschalten von der Arbeit gewährleistet. Pausen allein am Arbeitsplatz zu verbringen und neben dem Essen nie richtig von der Arbeit abzuschalten, sollte nicht stattfinden.

Werden den oben genannten Punkten durch die Führungskräfte Beachtung geschenkt, kann infolgedessen ein „ausbrennen“ der Mitarbeiter eingedämmt beziehungsweise gänzlich vermieden werden.

3.2 Intervention bei existierenden Problemen

Unter dem Begriff Intervention verstehen sich Maßnahmen, die in Fällen greifen, bei denen das Burnout-Syndrom schon ausgebrochen ist. Dies setzt voraus, dass präventive Maßnahmen in diesem speziellen Fall nicht gewirkt haben, oder dass es überhaupt keine präventiven Maßnahmen gab.

Da eine Handlungsunfähigkeit durch Burnout durchschnittlich erst nach eineinhalb Jahren eintritt,²³ bleibt den Führungskräften genügend Zeit, um entsprechend auf den Betroffenen zu reagieren, vorausgesetzt natürlich, dass dessen Zustand erkannt wird.

Bei eingreifenden Maßnahmen muss beachtet werden, dass der Abbau von Stress an oberster Stelle steht, denn Stressbelastungen, die über einen längeren Zeitraum andauern, führen zu einer neurobiologischen Reaktion, mit der eine Reduktion des kompletten Vitalisierungssystems einhergeht.²⁴ Aus diesem Grund sollte die Unterbrechung des Stresskreislaufes erste Priorität bei der Intervention haben. Den Führungskräften muss bewusst sein, dass sie mit den Betroffenen die Kommunikation suchen müssen, da diese durch den Stress in der Kommunikation gehemmt sein werden.

Um die Auswirkung von Stress auf die Kommunikation greifbarer zu machen, folgt eine graphische Darstellung.

Abbildung 2: Auswirkungen von Stress auf die Kommunikation



Quelle: Horst Krämer, Soforthilfe bei Stress und Burn-out, Kösel-Verlag, 2010, S. 52

²³ Vgl. Krämer, Horst, Soforthilfe bei Stress und Burn-out, Kösel-Verlag, 2010, S. 16.

²⁴ Vgl. Krämer, Horst, Soforthilfe bei Stress und Burn-out, Kösel-Verlag, 2010, S. 17.

Arbeitsunlust und Motivationsunlust sind deutliche Indikatoren bei den Betroffenen. Wird dies von den Führungskräften richtig erkannt und gedeutet, ist ein erster Schritt getan. Nun muss gründlich bedacht werden, wie weiter verfahren wird. Da jeder Mensch individuell ist und somit auch jeder Fall, muss bei der zukünftigen Hilfestellung ein besonderes Fingerspitzengefühl an den Tag gelegt werden.

Als Schlussfolgerung des vorhergehenden Absatzes muss klar sein, dass es kein übergeordnetes Hilfsangebot geben wird, welches auf alle Fälle eine identische Anwendung findet. Die Hilfsangebote müssen individuell angepasst und angewendet werden.

Meist werden persönliche Verhaltensmuster, die dem Mitarbeiter selbst vielleicht gar nicht so bewusst sind, mit wachsendem Stress präsenter und sind von außenstehende Personen wie den Führungskräften leichter zu erkennen als von den Betroffenen selbst. Diese Verhaltensmuster tragen laut heutigem Wissensstand zu 50% eines Burnout-Syndroms bei.²⁵ Deshalb ist es besonders wichtig, von außen Hilfe zu leisten.

Ein relativ neues Hilfsangebot ist das sogenannte „Coaching“, bestehend aus einer auf die betroffene Person bezogenen Beratung, kombiniert mit einer Psychotherapie.²⁶ Hierdurch kann sich der Betroffene von außen betrachten und seine private und berufliche Situation selbst etwas realistischer einschätzen. Die Durchführung kann selbstverständlich nicht durch die Führungskraft selbst erfolgen, sondern muss von einer Person mit entsprechendem Fachwissen, außerhalb des Betriebes in einer von der Arbeitsstätte abgegrenzten Umgebung, geschehen. Doch es zählt, dass dies als Hilfsangebot durch die Führungskraft vorgeschlagen werden kann.

²⁵ Vgl. Dr. Stock, Christian, Burnout: Erkennen und verhindern, Haufe Lexware GmbH & Co KG, 2010, S. 44.

²⁶ Vgl. Krämer, Horst, Soforthilfe bei Stress und Burn-out, Kösel-Verlag, 2010, S. 105.

3.3 Nachhaltige betriebliche Gesundheitsförderung

Bei der nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung geht es darum, aus abgeschlossenen Fällen im Bezug auf das Burnout-Syndrom für die Zukunft etwas dazu zu lernen, und um die Weichen aus der Position der Führungsebene schon so zu stellen, dass neue Fälle weitestgehend eingedämmt oder gar vermieden werden können. Dies ist für Verwaltungen, in denen ein solches Problem bisher noch nicht bestand, natürlich besonders schwer. Falls bisher noch keine präventiven Maßnahmen bestanden, ist es besonders wichtig, diese für die Zukunft zu entwickeln. Dies ist aus Sicht der nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung ein nicht zu vernachlässigender Punkt.

Laut Fachliteratur wird dies unter dem Begriff der Tertiärprävention verstanden. Hiermit sind Maßnahmen gemeint, welche die Gefahren von Folgeschäden und Rückfällen eindämmen sollen.²⁷ Sinn und Zweck ist es, die Betroffenen soweit zu bringen, dass sie wieder fähig sind am Arbeits- und Privatleben teilzunehmen.

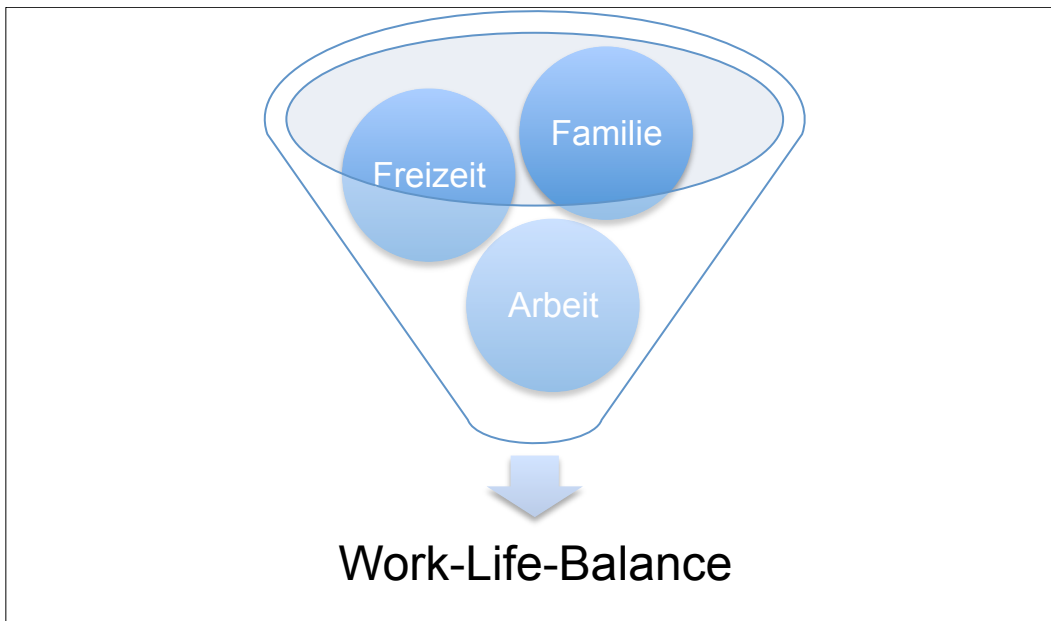
Ein wichtiger Punkt ist die Wiederherstellung der Work-Life-Balance, worunter der Ausgleich zwischen Berufs- und Privatleben zu verstehen ist. Ziel hierbei ist es, die Erwartungen und Anforderungen, die einem im Berufs- und Privatleben gestellt werden, langfristig gemeistert zu bekommen, ohne eine Missbalance zu Lasten der physischen und psychischen Gesundheit zwischen diesen beiden Welten entstehen zu lassen.²⁸

Die oben genannte Work-Life-Balance besteht aus drei wesentlichen Punkten, die in der folgenden Grafik abgebildet sind.

²⁷ Vgl. Lohmer, Mathias/Sprenger, Bernd/von Wahlert, Jochen, *Gesundes Führen*, Schattauer GmbH, 2012, S. 22.

²⁸ Vgl. Merg, Klaus/Knödler, Torsten, *Überleben im Job*, Redline Wirtschaft, 2007, S. 251.

Abbildung 3: Work-Life-Balance



Quelle: Eigene Erstellung

Ist in diesen Bereichen dennoch eine solche Missbalance entstanden und führte diese in Folge dessen zu einem Burnout-Syndrom, das weder durch präventive Maßnahmen noch durch interventive Maßnahmen verhindert werden konnte, kann die Führungskraft durch ihr Wissen den Betroffenen weitestgehend dahin beraten, daran zu arbeiten, diese Balance wieder herzustellen und ihm während der Arbeit hierzu in Form von regelmäßigen Gesprächen, bei denen dies behandelt wird, eine Hilfestellung geben. Auf das Privatleben seiner Mitarbeiter kann die Führungskraft allerdings nur bedingt Einfluss nehmen. Hierbei besteht die Aufgabe weitestgehend darin, den Betroffenen darauf aufmerksam zu machen, dass er in diesem Bereich selbst aktiv werden muss und dies, um einen gerechten Ausgleich zu schaffen, auch für die Zukunft beibehalten sollte.

In öffentlichen Verwaltungen, in denen Fälle von Burnout aufgetreten sind, muss auch über die herrschenden Arbeitsbedingungen nachgedacht werden und inwiefern diese sich auf die Angestellten auswirken. Oft besteht in diesem Punkt ein Verbesserungsbedarf, und schon durch kleine Veränderungen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus können für viele Mitarbeiter die Weichen positiv für ein angenehmeres Arbeitsleben

gestellt werden. Hierzu können gezielte Umfragen bei den Mitarbeitern für eine Verbesserung durchgeführt werden. Jedoch verspricht ein ständiger Verbesserungsprozess mehr Erfolg. Beispielsweise kann dies durch ein betriebliches Vorschlagswesen in Form eines „Briefkastens“ geschehen, in den die Verbesserungsvorschläge und Anregungen der Mitarbeiter zu diesem Thema eingeworfen werden können.

Nach dem Wiedereinstieg in das Berufsleben muss der Führungskraft bewusst sein, dass ein ehemals an Burnout leidender Mitarbeiter nicht sofort wieder voll belastet werden kann. Bei den Betroffenen steht meist nach spätestens drei Monaten wieder die volle Leistungsbereitschaft zur Verfügung.²⁹ In dieser Zeit muss seitens der Führungskraft ein besonderer Wert auf die richtige Arbeitsbelastung gelegt werden.

Der Begriff „Nachhaltigkeit“ bedeutet, etwas zu verändern und im gleichen Zuge zu verbessern. Um dies zu ermöglichen, muss vorangehend die Ist-Situation geklärt werden. Hierfür steht den Führungskräften das Controlling-Instrument zur Verfügung. Durch das Controlling können bestehende Arbeitsabläufe nachhaltig verbessert werden. Hierdurch kann die objektive Arbeitsbelastung der gesamten Abteilung bis hinunter zu den einzelnen Mitarbeitern sichtbar gemacht werden. Die Arbeitsmenge und Arbeitsdichte jedes Einzelnen kann somit überprüft werden. Voraussetzung hierfür sind funktionierende Controlling-Instrumente und der Wille der Führungskraft, darauf zurückzugreifen und diese bei den Mitarbeitern durchzusetzen.

Weiterer Optimierungsbedarf besteht meist auch beim Zeitmanagement. Durch aggressive Terminpläne wird beim Angestellten unweigerlich Hektik und Zeitmangel folgen. Aus dem daraus entstehenden Druck können Verzögerungen bis zu 50% oder höher resultieren.³⁰ Darum müssen Führungskräfte immer ein besonderes Augenmerk auf die Arbeitsdichte bei ihren Mitarbeitern legen.

²⁹ Vgl. Krämer, Horst, Soforthilfe bei Stress und Burn-out, Kösel-Verlag, 2010, S. 163.

³⁰ Vgl. DeMarco, Tom, Spielräume, Hanser Verlag, 2001, S. 50.

Die vorangegangenen Punkte geben einen Überblick, wie vielfältig und verschieden die Ansatzpunkte aus der Fachliteratur für den Umgang mit dem Burnout-Syndrom sind. Dies resultiert daraus, dass jeder auftretende Fall individuell verläuft, da Menschen immer verschieden auf bestimmte Gegebenheiten reagieren werden.

Abschließend lässt sich festhalten, dass es keinen Masterplan geben kann, um das Burnout-Syndrom aus dem Arbeitsleben zu verbannen. Durch die richtigen Maßnahmen ist es aber durchaus möglich, dieses Syndrom nachhaltig einzudämmen und früh vom Betroffenen abzuwenden.

4. Forschungsfrage und Ziele

Ausgehend von den theoretisch erarbeiteten Ausführungen werden im folgenden Teil die Forschungsfrage sowie die Ziele der empirischen Umfrage dargestellt. Daran anschließend wird die Methodik und die eingesetzten Erfassungsinstrumente der Umfrage sowie die Datenaufbereitung und auch das Auswertungsverfahren dargestellt. Abschließend folgt die Vorstellung und Interpretation der gewonnenen Ergebnisse.

Das zentrale Anliegen dieser Forschungsarbeit ist es, die Rolle der Führungskräfte bei der Prophylaxe und Intervention des Burnout-Syndroms, hier am Beispiel der Vermögens- und Bauämter in Baden-Württemberg, aufzuzeigen. Als Grundlage wurde bei den entsprechenden Führungspersonen des jeweiligen Amtes eine empirische Umfrage durchgeführt.

Das Ziel der Bachelorthesis ist herauszufinden, ob in der öffentlichen Verwaltung das Burnout-Syndrom gegenwärtig präsent ist und in welcher Form und Stärke diese davon betroffen ist. Ist diese Frage geklärt, wird weiter in die Tiefe gegangen und nachgefragt, welche Methoden von den Führungskräften der Verwaltung als Maßnahmen bis heute angewandt

werden, um dem Problem zu begegnen. Zusätzlich wird noch gezeigt werden, ob Führungskräften der Begriff Burnout-Syndrom bekannt ist und welche Methoden zur Prophylaxe und Intervention ihnen vertraut sind. Durch die anschließende Auswertung der gewonnenen Daten wird ebenfalls aufgezeigt, welche Maßnahmen gegenwärtig angewendet werden.

Als Prognose ist anzunehmen, dass das Burnout-Syndrom in der öffentlichen Verwaltung zwar bekannt ist, aber nicht so ausgeprägt sein wird wie in der freien Wirtschaft. Dies folgt daraus, dass die Arbeitsdichte und somit der Arbeitsdruck für den Einzelnen nicht das üblich schaffbare Pensum übersteigt. Es ist klar geregelt, wer für welchen Teil der Arbeit verantwortlich ist.

Es kann davon ausgegangen werden, dass aus diesem Grund auch keine einschlägigen Maßnahmen bei den Führungskräften bekannt sind, oder in der Vergangenheit angewendet wurden.

Der tatsächliche Tatbestand wird nun im folgenden Teil vorgestellt.

5. Empirische Untersuchung

5.1 Methodisches Vorgehen

Um die Umfrage repräsentativ zu gestalten, stand die Auswahl der zu befragenden Stellen an erster Position. Diese mussten sich von der Struktur her gleichen, in der öffentlichen Verwaltung angesiedelt sein und es mussten entsprechende Führungskräfte, die zur Befragung geeignet sind, vorhanden sein. Aus diesem Grund wurden die Vermögens- und Bauämter des Landes Baden-Württemberg ausgewählt.

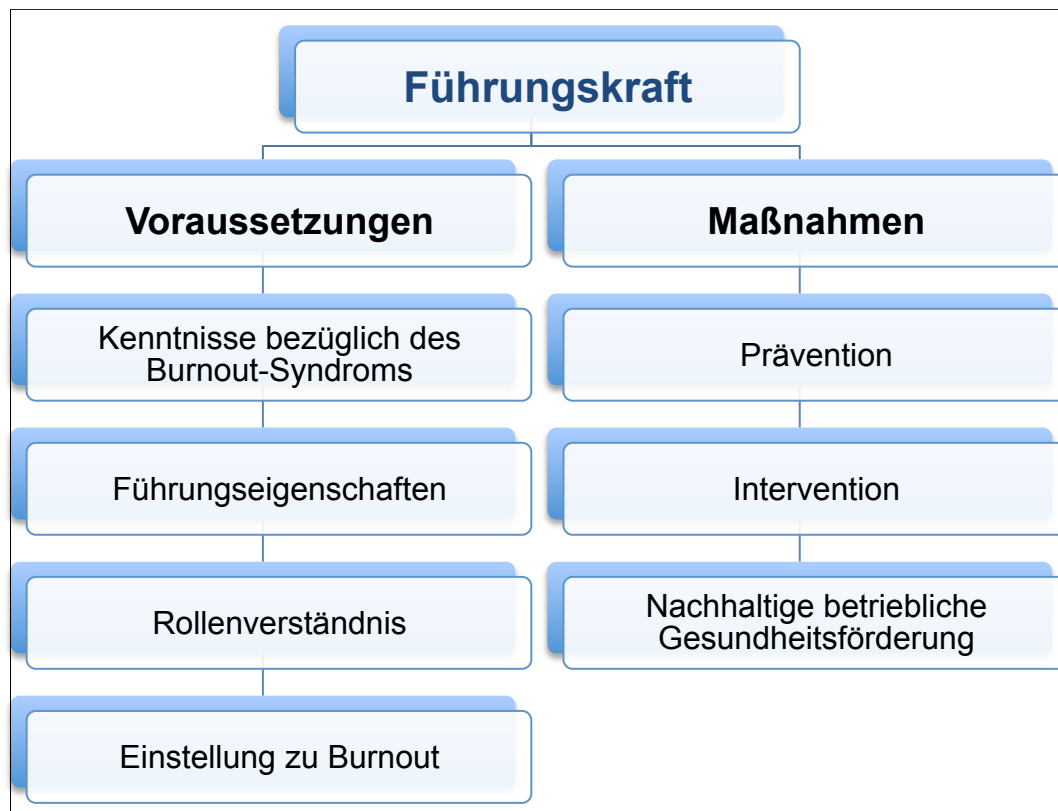
Hier gibt es in den jeweiligen Abteilungen und den darunter angesiedelten Referaten ausreichend vorhandene Führungsrollen. Diese Vielzahl an Führungsrollen macht ein repräsentatives Ergebnis am Ende der Umfrage möglich. Die befragten Ämter werden durch die übergeordnete Betriebsleitung beaufsichtigt und gesteuert, die wiederum durch das Ministerium für Finanzen und Wirtschaft gelenkt wird.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden insgesamt zwölf Vermögens- und Bauämter³¹ mittels einer quantitativen Datenerhebung in Form eines standardisierten Fragebogens befragt.

Um das Kernthema der vorliegenden Arbeit präzisieren zu können und um sicher zu stellen, dass sich ein Leitfaden durch den Verlauf der Arbeit zieht, wurde zu Beginn eine Übersicht über die zu bearbeitenden Kernbereiche erstellt. Diese wurde dann später für die Entwicklung des Fragebogens genutzt.

³¹ Übersicht der befragten Vermögens- und Bauämter, als Anlage 5 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

Abbildung 4: Übersicht zur Erstellung des Fragebogens



Quelle: Eigene Erstellung

5.2 Datenerhebung

Vor der Entwicklung des Fragebogens mussten drei wichtige Fragen³², die bei der Entwicklung einer empirischen Umfrage im Fokus stehen, geklärt werden.

Die Frage, „warum“ die Daten erfasst werden, wurde schon vorab in Punkt 4. Forschungsfrage und Ziele ausführlich beantwortet.

Um den Fragebogen so spezifisch wie möglich zu gestalten, wurde klargestellt, „was“ erfasst werden muss. Aus diesem Grund, wurde der Fragebogen³³ in fünf Teile mit insgesamt zweiunddreißig Fragen aufgeteilt:

³² Vgl. Atteslander, Peter, Methoden der empirischen Sozialforschung, Erich Schmidt Verlag, 2010, S. 4.

³³ Fragebogen, als Anlage 6 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

Das Ziel der allgemeinen Einleitungsfragen zum Thema Burnout ist herauszufinden, ob das Burnout-Syndrom und dessen Ursachen in der öffentlichen Verwaltung am Beispiel der Vermögens- und Bauämter in Baden-Württemberg überhaupt bekannt oder möglicherweise sogar präsent sind. Ein weiterer Bestandteil dieses Teils beinhaltet Fragen zum Einfluss verschiedener Parameter auf das allgemeine Wohlbefinden und die psychische wie auch körperliche Gesundheit von Mitarbeitern. Ziel ist es herauszufinden, inwiefern sich Führungskräfte selbst als Einfluss nehmende Kraft auf das Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter wahrnehmen.

Ein weiterer Teil bezieht sich ausschließlich auf die Mitarbeiter - Führungskräftebeziehung. Die Fragen werden dazu dienen aufzuzeigen, inwieweit die Führungskräfte sich ihrer Beziehung zu den Mitarbeitern bewusst sind und ob sie diese eher positiv oder negativ einschätzen. Hieraus wird erkennbar sein, ob Führungskräfte sich im Klaren über ihre Verantwortung sind und sich als Unterstützer ihrer Mitarbeiter sehen.

Die Selbsteinschätzung von Führungskräften spielt bei der Ausübung ihrer Aufgaben im Arbeitsalltag eine große Rolle. Deshalb wird die Selbstorganisation, der Kontakt zu den Mitarbeitern und deren Motivation und die Einstellung zu Stress hinterfragt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist außerdem, welche Kompetenzen eine Führungskraft besitzen muss.

Um aufzuklären, ob ein so moderner Begriff wie das Coaching im Bereich der öffentlichen Verwaltung bekannt ist und ob Anwendungsbedarf diesbezüglich besteht, wurde diesem Bereich ein eigener Teil im Fragebogen gewidmet.

Ziel der Schlussfragen der Erhebung ist es herauszufinden, wie der Bildungsstand der Führungskräfte im Bezug auf das Burnout-Syndrom ist und ob sie an Lehrgängen diesbezüglich teilgenommen haben oder in Zukunft teilnehmen würden. Außerdem wird hinterfragt, wann und wen man im Bezug auf das Burnout-Syndrom schulen sollte.

Bei der Konstruktion der Fragenstellung wurde darauf geachtet, dass der Befragte nicht in eine tendenzielle Richtung gedrängt wird. Die Fragen sind kurz und prägnant konstruiert, um den Teilnehmer nicht unnötig zu verwirren. Auf Fremdwörter und ungebräuchliche Fachwörter wurde zur besseren Verständlichkeit verzichtet.³⁴ Um sicher zu gehen, dass die Umfrage objektiv ist, wurde in die Konstruktion viel Zeit investiert. Anhand von Besprechungen mit der zuständigen Betreuerin Frau Prof. Dr. C. Schneider wurden existierende Fehler im laufenden Prozess korrigiert.

Da die Befragung schriftlich erfolgen wird, fiel die Entscheidung der Fragebogenart auf einen vollstandardisierten Fragebogen mit starrem, nicht gestaltbarem Ablauf³⁵, welcher im folgendem Unterabschnitt näher erläutert wird.

5.2.1 Instrument

Die Wahl fiel, wie oben erwähnt, auf das Verfahren des vollstandardisierten Fragenbogens, da sich diese Variante besonders gut für homogene Gruppen wie die hier vorliegende öffentliche Verwaltung eignet.³⁶

Als Erhebungsinstrument standen Papier und computergestützte Verfahren zur Auswahl.

Letztendlich wurde die Befragung in Microsoft Word erstellt und per E-Mail an die zu befragenden Führungskräfte versendet. Der Vorteil gegenüber dem herkömmlichen Verfahren per Post war, dass keine Zeit verloren ging, bis die Umfrage beim Betreffenden angekommen ist. Ein weiterer Vorteil ist die schnellere Verfügbarkeit der Daten bei Rückmeldung und die geringeren Kosten.

³⁴ Vgl. Jacob, Rüdiger/Heinz, Andreas/Décieux, Jean Philippe/Eirmbter, Willy H., Umfrage, 2011, S. 125.

³⁵ Vgl. Raab-Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael, Der Fragebogen, Böhlau Verlag, 2012, S. 47.

³⁶ Vgl. Raab-Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael, Der Fragebogen, Böhlau Verlag, 2012, S. 47.

Auf die Möglichkeit der Onlineumfrage wurde bewusst verzichtet, da es nicht gewiss war, dass jeder Befragte einen Onlinezugang an seinem Arbeitsplatz nutzen kann. Des Weiteren war das Bestreben, ein Höchstmaß an Datenschutz zu gewährleisten und somit die Wege der Daten so direkt wie möglich zu gestalten.

Da mit dem Fragebogen verschiedene Felder abgedeckt wurden, war es erforderlich, für die einzelnen Bereiche verschiedene Arten der Fragestellung zu verwenden. Diese Arten und der Grund, weshalb die Wahl darauf fiel, werden im folgenden Teil näher erläutert.

Wissensfragen, die als Meinungsfragen getarnt waren, um herauszufinden, ob die Befragten wissen, was das Burnout-Syndrom ist, wurden durch Auswahlfragen in der Form der Einfachauswahl im einführenden Teil des Fragebogens gestellt. Folglich ist es bei der Auswertung möglich zu sehen, ob die Krankheit überhaupt als eine solche akzeptiert wird.

Des Weiteren sind geschlossene Fragen zum Ankreuzen im dichotomen Antwortformat³⁷ im Verlauf des Fragebogens vorzufinden. Diese Fragen, für die nur die Auswahlmöglichkeiten „ja“ oder „nein“ zur Verfügung stehen, werden Aufschluss über die Fakten bezüglich der Präsenz und Vorbeugung des Burnout-Syndroms in der öffentlichen Verwaltung anhand der aktuellen Situation geben.

Durch die eingesetzten Ratingskalen haben die Befragten die Möglichkeit, aus mehr als zwei Abstufungen bei ihrer Antwort zu wählen. Hierdurch wird bei der Auswertung ein höherer Informationsgewinn erwartet.

Unterschieden werden Ratingskalen in der Anzahl ihrer Abstufungen. Mit steigender Anzahl der Abstufungen wird die Entscheidungsfindung für den Befragten komplizierter. Laut Fachliteratur ist eine maximale Abstufung

³⁷ Vgl. Raab-Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael, Der Fragebogen, Böhlau Verlag, 2012, S. 55.

von fünf bis sieben Kategorien ausreichend, um keine Überforderung der Teilnehmer zu provozieren.³⁸

Aus diesem Grund wurde bei dem vorliegenden Fragebogen auf zwei Varianten bei den genutzten Ratingskalen zurückgegriffen.

Eine dreistufige unipolare Ratingskala mit verbaler Skalenbezeichnung³⁹ wurde angewandt, um Fragen abzudecken, bei denen eine Beantwortung mit „ja“ oder „nein“ zwar möglich ist, aber es ebenfalls wichtig ist zu erfahren, ob die Befragten mit Themen wie den Ursachen des Burnout-Syndroms oder auch dem Begriff Coaching schon einmal Kontakt hatten oder teilweise Kenntnisse diesbezüglich besitzen.

Bei der Selbsteinschätzung der Führungskräfte spielt diese Fragenart eine große Rolle, da die Befragten nicht in eine Richtung gedrängt werden sollen. Beständen nur zwei Antwortmöglichkeiten in diesem Bereich, würde die Möglichkeit, ein verfälschtes Ergebnis zu erhalten, stark ansteigen, da die Befragten eher dazu neigen würden, sich positiver darzustellen, als eine wahre Angabe zu machen. Eine dritte Antwortmöglichkeit nimmt hier den Druck von den Teilnehmern.

Eine weitere Variante, ist die fünfstufige unipolare Ratingskala, auch Likert-Skala genannt. Durch diese Fragenart können Selbst- bzw. Fremdbeurteilungen durch den Befragten vorgenommen werden.⁴⁰ Die eingesetzte Skala reichte von eins bis fünf, wobei eins jeweils für die volle Zustimmung des Befragten und fünf für gar keine Zustimmung steht. Angewandt wurde dies, um persönliche Meinungen und die Einstellung der Führungskräfte zu Themen wie Schulungen und Beeinflussung bestimmter Faktoren auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter herauszufinden.

³⁸ Vgl. Raab-Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael, Der Fragebogen, Böhlau Verlag, 2012, S. 56-57.

³⁹ Vgl. Raab-Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael, Der Fragebogen, Böhlau Verlag, 2012, S. 58.

⁴⁰ Vgl. Raab-Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael, Der Fragebogen, Böhlau Verlag, 2012, S. 56.

Eine Rangordnung von Platz eins bis vier, welche von den Befragten selbst festgelegt werden konnte, war bei der Kompetenzfrage für die Führungskräfte notwendig, um bei der späteren Auswertung zu sehen, ob die Befragten eher in die fachliche oder in die soziale Kompetenzrichtung tendieren.

Um die entsprechenden Führungskräfte zwecks der Befragung zu erreichen, wurde ein Anschreiben⁴¹ erstellt, welches an die zuständigen Poststellen der jeweiligen Ämter verschickt und mit der Bitte versehen wurde, dieses an die betreffenden Personen weiterzuleiten.

Ein weiterer Anspruch war die Anonymität der Daten. Dieser konnte dadurch erfüllt werden, dass, nachdem die Rücksendefrist abgelaufen war, die erhaltenen Daten in einer separaten Excel-Datei zusammengefasst wurden. Die Fragebögen wurden fortlaufend nummeriert abgespeichert. So ist keine Zuordnung der Daten zu den Personen möglich, da auf dem Fragebogen keine persönlichen Daten erhoben wurden.

5.2.2 Empirisches Feld

Um eine Evaluation in einer so großen öffentlichen Verwaltung wie des Landes Baden-Württemberg durchzuführen, muss eine Stichprobe aus der Gesamtheit der Verwaltung genommen werden. Dies muss so geschehen, da eine Vollerhebung in der gesamten Verwaltung zu langwierig und zu teuer wäre. Die Hauptanforderung an eine Stichprobe ist die Repräsentativität für die zugrunde liegende Gesamtheit.⁴²

Da die öffentliche Verwaltung in Baden-Württemberg nicht nur aus den Vermögens- und Bauämtern besteht, sondern auch weitere Landesämter sowie Kommunen beinhaltet, steht die Befragung der hier erwähnten zwölf Ämter als Stichprobe aus der gesamten Landesverwaltung des Landes

⁴¹ Anschreiben, als Anlage 7 unter den beigelegten Anlagen zu finden.

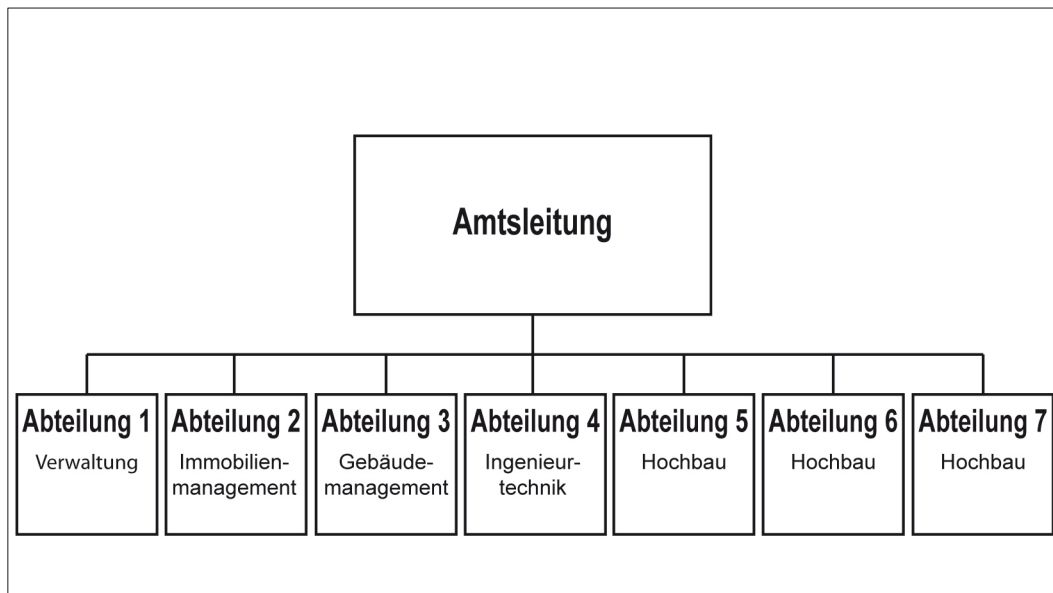
⁴² Vgl. Atteslander, Peter, Methoden der empirischen Sozialforschung, Erich Schmidt Verlag, 2010, S. 273.

Baden-Württemberg stellvertretend für die gesamte öffentliche Verwaltung des Landes.

Dies ist möglich, da die Hierarchiestrukturen der öffentlichen Ämter und auch der Kommunen des Landes Baden-Württemberg ähnlich sind. Deshalb steht somit auch das Ergebnis dieser Evaluation repräsentativ für die gesamte öffentliche Verwaltung des Landes Baden-Württemberg.

Der Aufbau der befragten Ämter stellt sich, wie folgt, am Beispiel für das Amt Stuttgart dar:

Abbildung 5: Organigramm Vermögen und Bau Amt Stuttgart



Quelle: Informationsblatt für neue Mitarbeiter – Amt Stuttgart

Durch die verschiedenen Abteilungen und deren untergeordnete Referate in den Ämtern war eine ausreichend große Zahl an zu befragenden Führungskräften für die bevorstehende Evaluation vorhanden.

Um die Ämter und betreffenden Führungskräfte über das Anliegen und Ziel dieser Arbeit aufzuklären, wurde wie bereits erwähnt ein Anschreiben entworfen, das dem eigentlichen Fragebogen voraus ging.

Ein solches Anschreiben soll motivieren und Interesse bei dem Leser hervorrufen. Um nicht abzuschrecken, musste es kurz und prägnant sein und beschränkt sich deshalb auf eine DIN A4-Seite.⁴³

Einleitend wurde bei dem Anschreiben aufgeführt, von wem die nachfolgende Umfrage durchgeführt wird und mit welchem Hintergrund. Ebenfalls wurde das Thema erläutert, um den Teilnehmenden einen Eindruck für die Notwendigkeit dieser Umfrage zu vermitteln. Folgend wurde noch darauf hingewiesen, dass die Daten vertraulich behandelt werden und dass die Anonymität der Teilnehmer gewährleistet wird.

Um die Gefahr vom Verschwinden der Umfrage in der Ablage zu verhindern, wurde eine zu lange Rücksendefrist vermieden und zwei Wochen für eine zeitnahe Bearbeitung gewählt.

Nach dem Ablauf dieser Frist bekamen die teilnehmenden Führungskräfte ein Dankeschreiben⁴⁴ für ihre Beteiligung an der Befragung zugesendet.

5.3 Datenaufbereitung

Insgesamt kamen nach der abgelaufenen Rücksendefrist zwölf ausgefüllte Fragebögen zurück. Im Schnitt bedeutet dies, dass von jedem angeschriebenen Amt ein ausgefüllter Fragebogen vorliegt. Deshalb wird davon ausgegangen, dass die Auswertung repräsentativ für alle Ämter steht und somit ausreichende Informationen vorhanden sind, um eine Auswertung mit späterer Handlungsempfehlung auszuarbeiten.

Bei der Rücklaufkontrolle fand eine Prüfung der erhaltenen Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität statt. Da diesbezüglich keine Unvollständigkeiten oder Unklarheiten bestanden, waren keine Korrekturen notwendig.⁴⁵ Aufgrund der Übersichtlichkeit der gewonnenen

⁴³ Vgl. Raab-Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael, Der Fragebogen, Böhlau Verlag, 2012, S. 52.

⁴⁴ Dankeschreiben, als Anlage 8 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

⁴⁵ Vgl. Atteslander, Peter, Methoden der empirischen Sozialforschung, Erich Schmidt Verlag, 2010, S. 300.

Daten erfolgte die Eingabe der erfassten Daten manuell in den dafür in Microsoft Excel angefertigten Auswertungsbogen⁴⁶.

Der Aufbau dessen gestaltete sich wie folgt: Für jede der zweiunddreißig Fragen des Fragebogens wurde ein eigener Reiter erstellt, in dem dann die erhaltenen Daten in die dafür vorgesehen Zellen eingetragen wurden. Die dazugehörigen Diagramme⁴⁷, welche der Veranschaulichung der ausgewerteten Daten dienen sollen, wurden in den entsprechenden Reitern der zugehörigen Fragen erstellt.

5.4 Datenanalyse – Auswertungsmethodik

Um die Ansicht und Beurteilung der Daten so schnell und so anschaulich wie möglich vorzunehmen, wurde die Auswertung bei den Wissensfragen, Fragen im dichotomen Antwortformat und bei den dreistufigen unipolaren Ratingskalen, welche in Abschnitt 5.2.2 näher erläutert sind, in Prozent dargestellt, um später, falls notwendig, daraus auch Grafiken erstellen zu können.

Durch die vorangegangene, methodisch kontrollierte Datenaufbereitung war die Auswertung in Prozent leicht möglich, da keine Datenfehler oder Datenlücken vorhanden waren.

Der besseren Übersichtlichkeit wegen wurde bei der Auswertung der fünfstufigen Ratingskalen auf die graphische Darstellung durch Säulendiagramme zurückgegriffen. Diese tragen ebenfalls zu einer einfacheren Verständlichkeit der gewonnen Daten bei.

⁴⁶ Auswertung und Auswertungsdiagramme, als Anlage 9 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

⁴⁷ Auswertung und Auswertungsdiagramme, als Anlage 9 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

6. Ergebnis der Untersuchung

Das folgende Kapitel dient dazu, die bei der Auswertung gewonnenen Ergebnisse der durchgeführten Evaluation zu präsentieren. Dies wird in den jeweiligen Unterkapiteln der einzelnen Teile des Fragebogens geschehen. Dort wird jede Frage für sich ausgewertet und interpretiert. Infolgedessen ist eine möglichst genaue Bearbeitung der erhaltenen Daten gewährleistet. Um die Verständlichkeit für den Leser sicher zu stellen, ist das Kapitel von der Abfolge der einzelnen Punkte identisch zum Aufbau des Fragebogens.

6.1 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

6.1.1 Teil 1: Allgemeine Fragen zum Burnout-Syndrom

Die ersten fünf Fragen dieses Fragenblocks dienten dazu herauszufinden, inwieweit die befragten Führungskräfte mit dem Thema Burnout-Syndrom während ihrer Arbeit in Kontakt kamen.

Laut Auswertung ist der Begriff Burnout-Syndrom allen Befragten geläufig. Es war somit niemand unter den an der Befragung teilnehmenden Führungskräften, für den es nicht möglich war, die anschließenden Fragen zu beantworten. Die Frage, ob das Thema Burnout-Syndrom im jeweiligen Amt bekannt sei, wurde ebenfalls zu 100% mit „ja“ beantwortet. Dies lässt darauf schließen, dass dieses Problem auch bei den Mitarbeitern und den anderen Führungskräften, welche sich nicht an der Umfrage beteiligt haben, zumindest bekannt ist. Unterstützt wird diese Annahme durch die Frage, ob ein Fall dieser Krankheit schon einmal in einem der Ämter aufgetreten ist. Das Ergebnis hierzu ist, dass in 50% der befragten Ämter ein Fall von Burnout schon einmal vorkam. Jedoch bekamen dies laut Umfrage erst 25% der Führungskräfte in ihrer Abteilung direkt zu spüren.

Die Auswertung, ob das Problem zunehmend Präsenz in der öffentlichen Verwaltung gewinnen wird, ist interessant. Obwohl nur 50% einen Fall in ihrem Amt hatten und davon wiederum nur 25% in ihrer Abteilung direkt in

Kontakt damit kamen, sind 83,33% der Meinung, dass dies zunehmend ein Problem in der öffentlichen Verwaltung sein wird. Die Ursache hierfür kann darin liegen, dass der Stresslevel für den einzelnen Mitarbeiter in der heutigen Zeit immer weiter ansteigt und den Führungskräften durch die Reduzierung der Arbeitskräfte auf Grund von Einsparungsmaßnahmen die Hände gebunden sind, dem entlastend entgegen zu wirken.

Aus Sicht der Führungskräfte wird das Burnout-Syndrom vom Großteil als psychische Krankheit gesehen und akzeptiert. Lediglich 16,67% der Befragten sehen es als eine Modeerscheinung der heutigen Zeit. Diese Sichtweise der Führungskräfte ist aus der Position der Mitarbeiter positiv zu beurteilen, da diese sich im Falle einer solchen Erkrankung sicher sein können, dass die zuständigen Vorgesetzten sich der Gefahr bewusst sind und somit entsprechend reagieren können.

Der Grund, dass 16,67% dies als eine Modeerscheinung sehen, kann darin liegen, dass sie in ihrer näheren Umgebung noch nicht in Kontakt mit der Krankheit kamen oder sie zu den 83,33% gehören, denen die Ursachen der Krankheit nur teilweise bekannt sind. Positiv ist hierbei festzuhalten, dass 16,67% der Befragten die Ursachen sehr gut kennen und niemand unter ihnen ist, der über diese keinerlei Kenntnisse hat.

Die fünfstufigen Ratingskalen nach Likert wurden wie unter Punkt 5.4 bereits erwähnt als Säulendiagramme ausgewertet und sind wie alle anderen Diagramme im Anhang der Thesis zu finden. Hierdurch ist es möglich, die direkten Beziehungen der abgegebenen Wertung durch die Befragten anschaulich darzustellen.

Im Rahmen der Befragung wurden die Führungskräfte dazu angehalten, ihre Einschätzung im Bereich einer festgelegten Skala abzugeben. Diese ist wie folgt aufgebaut:

Abbildung 6: Fünfstufige Ratingskala

sehr stark	stark	mittelmäßig	gering	überhaupt nicht
1	2	3	4	5

Quelle: Eigene Erstellung

Die zugehörige Frage hierzu war, wie stark aus der Sicht einer Führungskraft die Faktoren Führungskräfte, Kollegen, Arbeitsplatzbedingungen und Mitarbeiter selbst mit ihrer Einstellung und ihrem Verhalten, das Wohlbefinden von Mitarbeitern beeinflussen.

Auf Grund der Auswertung offenbart sich, dass Führungskräfte und Kollegen eine sehr starke Beeinflussung darstellen. Der Einfluss des Mitarbeiters selbst wird führend unter Position zwei als „stark“ angegeben. Ebenfalls festzuhalten ist, dass Führungskräfte, Kollegen und Arbeitsplatzbedingungen sich hier die Waage halten. Je weiter man auf der Skala der Einflussstärke nach links wandert, desto offensichtlicher wird, dass Führungskräfte den größten Einfluss auf das Wohlbefinden von Mitarbeitern ausüben, da diese verstärkt im Bereich von „sehr stark“ bis „stark“ auftreten. Der Einfluss von Arbeitsplatzbedingungen wird vom Großteil als wenig einflussreich gesehen.

Umgekehrt ist dies jedoch bei dem Ergebnis der Frage, wie stark sich die oben genannten Faktoren auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitern auswirken. Es wird ersichtlich, dass Arbeitsplatzbedingungen im Bereich von „stark“ bis „mittelmäßig“ an führender Stelle stehen. Jedoch sind laut Ergebnis im „starken“ Bereich ebenso die Mitarbeiter selbst mit ihrer Einstellung und ihrem Verhalten für die Beeinflussung ihrer psychischen Gesundheit verantwortlich. Im Bereich der „sehr starken“ Beeinflussung liegen hier die Führungskräfte mit den Kollegen an führender Stelle. Auch die Mitarbeiter selbst liegen hier wieder im oberen Bereich. Arbeitsplatzbedingungen spielen laut den Befragten im „sehr starken“ Bereich keine entscheidende Rolle.

Zuletzt bleibt noch die Frage offen, wie hoch der Einfluss der vorab genannten Faktoren auf die körperliche Gesundheit von Mitarbeitern ist. Interessant hierbei ist, dass im „starken“ bis „sehr starken“ Bereich Führungskräfte und Kollegen nicht so zahlreich wie in den vorhergehenden zwei Fragen vertreten sind. Dies wird durch den höheren Ausschlag im „mittelmäßigen“ Bereich und ebenfalls durch die Angaben im „geringen“ Bereich deutlich. Den stärksten Einfluss auf die körperliche Gesundheit haben somit die Mitarbeiter selbst. Deutlich wird dies durch den größten Anteil dieses Faktors im „sehr starken“ bis „starken“ Bereich.

6.1.2 Teil 2: Mitarbeiter - Führungskräftebeziehung

Die Erkenntnis, wie sich das Vertrauensverhältnis von Führungskraft zu Mitarbeiter verhält, ist als wichtig einzustufen. Aus ihr lässt sich erkennen, wie wichtig es der Führungskraft ist, sich im täglichen Arbeitsablauf auf seine Mitarbeiter zu verlassen. Durch ein enges Vertrauensverhältnis zwischen den beiden Parteien wird es auch möglich sein, bei kleinen Problemen, welche sich zu größeren wie einem Burnout entwickeln könnten, direkt einzugreifen und den Mitarbeiter darauf anzusprechen und ihm letztendlich Hilfe anzubieten. Dies ist ebenfalls motivierend für den Mitarbeiter, wenn der Vorgesetzte eine gewisse Wertschätzung durch das Vertrauen, das ihm entgegengebracht wird, zeigt. In diesem Fall gaben 83,33% der Führungskräfte an, dass ihr Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeitern gut ist. Bei 8,33% ist es normal und bei 8,33% sogar sehr ausgeprägt. Herauszuheben ist darüber hinaus, dass bei keinem der Befragten die Angaben über das Vertrauensverhältnis in einen negativen Bereich gefallen sind.

Bei der Frage, wie wichtig es für Führungskräfte ist, ihre Mitarbeiter bei den täglichen Aufgaben zu unterstützen, kam ebenfalls eine fünfstufige Ratingskala nach Likert zum Einsatz. Durch die Auswertung in einem Säulendiagramm lässt sich erkennen, dass es für die Befragten am wichtigsten ist, dass Mitarbeiter vorrangig selbstständig arbeiten, aber bei Bedarf auch Unterstützung erhalten. Die Auffassung einer ständigen

Unterstützung bei der täglichen Arbeit folgt an zweiter Stelle. An letzter Stelle steht laut Auswertung, dass Mitarbeiter völlig selbstständig und ohne Unterstützung durch den Vorgesetzten arbeiten sollten. Aus dem Ergebnis ist abzuleiten, dass Mitarbeiter der öffentlichen Verwaltung bei ihrer täglichen Arbeit auf Unterstützung durch Führungskräfte zurückgreifen können, falls dies erforderlich ist.

Um aufzudecken, wie viel Wert Führungskräfte auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance, also den Ausgleich zwischen Berufs- und Privatleben bei ihren Mitarbeitern und sich selbst legen, musste vorab geklärt werden, ob dieser Begriff unter den Befragten bekannt ist. Laut Ergebnis kennen 83,33% den Begriff. Dies ist positiv zu deuten, da es zeigt, dass die Mehrheit der befragten Führungskräfte in der öffentlichen Verwaltung auch mit solch modernen Begriffen vertraut ist. Der Fokus der Frage, ob eine ausgeglichene Work-Life-Balance für das Wohlbefinden von Mitarbeitern wichtig ist, liegt darauf herauszufinden, ob diejenigen, die den Begriff kennen, ihn auch als wichtig und notwendig im täglichen Arbeitsleben einordnen. Bedingt dadurch, dass nicht alle Befragten den Begriff kannten, gab es diesbezüglich Enthaltungen von 16,67%. Die 83,33%, welche vorher schon angaben, den Begriff zu kennen, sahen ihn auch als wichtig für das Wohlbefinden der Mitarbeiter an. Den Führungskräften ist es also nicht nur wichtig, dass ihre Mitarbeiter während der Arbeit funktionieren, sie schauen auch über den Horizont und verfolgen die Intension, dass die Mitarbeiter einen gerechten Ausgleich im Privatleben haben.

Um so etwas gewährleisten zu können, ist die Planung sowie die Organisation und somit die richtige Abstimmung auf die jeweiligen Mitarbeiter eine Grundvoraussetzung für Führungskräfte. Funktioniert dieser Schritt reibungslos, kann davon ausgegangen werden, dass die Aufgabe, die dem darauf spezialisierten Mitarbeiter des Fachbereichs zugeteilt wird, auch termingerecht und von hoher Qualität ausgeführt wird. Zur Unterstützung der Führungskräfte gibt es hierfür das Controlling. Interessanterweise sehen nur 25% der Befragten dies als Hilfe, um die

bestehenden Arbeitsabläufe zu koordinieren. 58,33% nehmen das Instrument nur teilweise als Hilfe für ihre Arbeit wahr und 16,67% sehen dies als überhaupt keine Hilfe an. Das vorliegende Ergebnis kann dadurch zu Stande kommen, dass dieses Instrument in der öffentlichen Verwaltung noch nicht allzu lange angewendet wird und der Nutzen von Führungskräften erst noch erkannt werden muss. Letztendlich spielt auch der Wille, vorhandene Arbeitsabläufe aktiv zu optimieren, eine maßgebliche Rolle. Hierfür müssen allerdings wieder beide Parteien von der Anwendung dieses Instrumentes überzeugt sein.

6.1.3 Teil 3: Selbsteinschätzung der Führungskräfte

Nachdem die Frage der Mitarbeiter - Führungskräftebeziehung geklärt wurde, liegt der Fokus nun darauf, wie sich Führungskräfte selbst einschätzen. Dies steht in Beziehung dazu, was sie von ihren Mitarbeitern verlangen und voraussetzen können.

Die Frage, ob ein aktives persönliches Zeitmanagement bei der jeweiligen Führungskraft betrieben wird, gibt Aufschluss darüber, ob Führungskräfte die Arbeit planen oder die Aufgaben ohne Struktur ausführen. Eine strukturierte Arbeitsweise wird sich immer positiv auf die nachgeordneten Mitarbeiter auswirken. Der Grund hierfür ist, dass Führungskräfte die bevorstehenden Aufgaben im direkten Blickfeld haben und diese an die fachlich zuständigen Mitarbeiter mit einer realistischen Zeitvorgabe vergeben können. Somit wird ein unnötiger Aufbau von Zeitdruck bei den Mitarbeitern vermieden.

Die Auswertung der Frage im Bezug auf das persönliche Zeitmanagement zeigt, dass alle Befragten dies bei ihrer täglichen Arbeit schon einmal zur Organisation genutzt haben. Gelegentlich wird es von 75% angewendet, 25% betreiben es dauerhaft. Dies lässt darauf schließen, dass Führungskräften der öffentlichen Verwaltung eine strukturierte Arbeitsweise wichtig ist, was folglich wie erwähnt den Mitarbeitern zu Gute kommt.

Um das Führungsverhalten selbst einzuschätzen, ist die Rückmeldung vom direkten Umfeld der Person unumgänglich. Das betroffene direkte Umfeld sind in diesem Fall die nachgeordneten Mitarbeiter. Durch sie kann Aufschluss gegeben werden, bei welchen Arbeitsabläufen es Probleme gibt oder wie man möglicherweise in Zukunft auftretende Probleme schon präventiv umgehen kann. Die Möglichkeit, bereits bestehende Arbeitsabläufe, welche funktionieren, weiter zu optimieren, besteht ebenfalls. Da der direkte Kontakt bei Kritik gegenüber dem Vorgesetzten eine hohe Schwelle darstellt, kann dafür auch das betriebliche Vorschlagswesen genutzt werden, durch welches Kritik gegenüber bestehenden Arbeitsabläufen anonym geäußert werden kann. Wie bereits bei dem Instrument Controlling erwähnt, muss auch dieses Instrument von den Zuständigen angenommen werden, um eine effektive Anwendung zu finden.

Laut Umfrageergebnis wird dies allerdings von niemandem konstant in den Arbeitsalltag eingebunden. Jedoch greifen 50% gelegentlich darauf zurück. Die übrigen 50% gaben an, dieses Instrument nie zu gebrauchen. Der Grund hierfür kann verschiedene Ursachen haben. Ausgehend von dem vorangegangenen Ergebnis des Vertrauensverhältnisses zwischen Führungskraft und Mitarbeiter, liegt es nahe, dass ein betriebliches Vorschlagswesen auch von den Mitarbeitern nicht angenommen wird, weil es überflüssig ist, da Führungskraft und Mitarbeiter direkt kommunizieren. Oder es gibt an der derzeitigen Situation nichts auszusetzen und zu verbessern. Die mögliche negative Tendenz, die nicht außer Acht gelassen werden sollte, kann allerdings auch sein, dass Mitarbeiter der Meinung sind, dass ihre Vorschläge auf diesem Wege keine Beachtung finden.

Die folgenden Punkte beziehen sich auf die Einstellung der Führungskräfte gegenüber Stress und dessen Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit und Produktivität der Arbeit. Durch das Ergebnis dieser Fragen wird festgestellt werden, wie die persönliche Einstellung der

Führungskräfte zu Stress ist. Aus dem Ergebnis kann letztendlich abgeleitet werden, ob Führungskräfte Stress bei ihren Mitarbeitern als fördernd oder eher hindernd ansehen.

Die Überzeugung, dass Stress den Arbeitsablauf behindert und die Leistungsfähigkeit einschränkt, teilen 41,67% der Befragten. Das Stress am Arbeitsplatz keinerlei Behinderung darstellt, beantwortete niemand mit einem ja. Gleichwohl vertreten 58,33% den Standpunkt, dass diese Aussage nur bedingt zutrifft.

Deutlicher, warum so geurteilt wurde, macht die Auswertung der Frage, ob nicht dauerhafter Stress die Produktivität steigern kann. Hier sind 58,33% der Meinung, dass dies zutreffend ist und 41,67% nur bedingt der Überzeugung.

Stellt man die beiden vorangegangenen Fragen gegenüber, lässt sich erkennen, dass die Mehrheit der Überzeugung ist, dass Stress von nicht anhaltender Dauer für den Arbeitsablauf und die Produktivität nicht von Nachteil ist. Projiziert man dieses Ergebnis auf die Mitarbeiter, kann davon ausgegangen werden, dass Führungskräfte ein kurzfristig geringes Level an Stress durchaus tolerieren und dies sogar als positiv sehen. Jedoch sind sich alle darüber im Klaren, dass dauerhafter Stress keine positiven Auswirkungen auf die Betroffenen zeigen wird.

Um herauszufinden, wie viel Sinn Führungskräfte in einer gezielten Motivation der Mitarbeiter und deren positiver Beeinflussung durch richtiges Führungsverhalten sehen, wurde festgestellt, dass eine gezielte Motivation und richtiges Führungsverhalten von 83,33% als völlig zutreffend hierfür gesehen wird. Die Annahme, dass dies auf niemanden eine positive Wirkung zeigen wird, gab es nicht. Dennoch waren 16,67% der Meinung, dass dies nicht pauschal auf alle Mitarbeiter zutreffe. Dies ist unverkennbar, da jeder Mensch individuell auf verschiedene Dinge reagiert. Der eine fühlt sich dadurch motiviert, der andere hingegen unter Druck gesetzt.

Um Mitarbeiter optimal persönlich motivieren zu können, muss auch Kontakt zu ihnen bestehen. Dies vermittelt einen positiven Eindruck der Wertschätzung des Einzelnen. Dadurch kann ein anonymes Vorgesetzter-Mitarbeiterverhältnis durchbrochen werden. Die Befragten sind zu 66,67% der Ansicht, dass täglicher Kontakt zu den Mitarbeitern die Motivation steigert. Dennoch trifft dies nicht auf alle zu, wie 33,33% angaben. Wie oben schon beschrieben, ist dies der Individualität des Einzelnen geschuldet und kann auch negative Auswirkungen hervorrufen, da sich einige bei ihrer Arbeit zu sehr kontrolliert fühlen können.

Um dennoch die komplette Belegschaft persönlich zu erreichen, damit fachliche und auch persönliche Angelegenheiten besprochen werden können, hat die Führungskraft die Möglichkeit der Mitarbeitergespräche. Durch dieses Instrument der modernen Personalführung ist es möglich, direkte Rückmeldung über die Arbeit und das Verhalten wie auch die zukünftigen beruflichen Perspektiven zu geben. Dieses Feedback ermöglicht durch regelmäßigen Austausch einen Profit für beide Seiten. Unter regelmäßig versteht man in der heutigen Zeit meist einen Zeitraum von einem Jahr. Jedoch gilt, je häufiger ein Austausch stattfindet, desto leichter wird es, aufkommenden Problemen schon bei ihrer Entstehung entgegen zu wirken.

Die befragten Führungskräfte gaben zu 91,67% an, einmal pro Jahr ein Mitarbeitergespräch zu führen, was somit dem üblichen Usus entspricht. Dennoch haben bis zum Umfragezeitpunkt 8,33%, was in diesem Fall nur einem Befragten entspricht, noch nie ein Mitarbeitergespräch geführt.

Die Abschlussfrage dieses Teils gibt Aufschluss darüber, welche Kompetenzen für Führungskräfte am wichtigsten sind. Auf Platz „eins“ und somit als wichtigste Kompetenz für Führungskräfte der öffentlichen Verwaltung steht die soziale und emotionale Kompetenz, welche es den Führungskräften ermöglicht, auf Probleme einzugehen, die im Sozial- oder Arbeitsumfeld von Mitarbeitern entstehen. Die fachliche Kompetenz, die es überhaupt gestattet, Mitarbeitern bei der täglichen Arbeit als

unterstützende Kraft zur Seite zu stehen, liegt nach Meinung der Führungskräfte auf Platz „zwei“. Ein eindeutiges Ergebnis ist bei Platz „drei“ zu verzeichnen. Prozess- und Methodenkenntnisse im Arbeitsalltag werden hier eindeutig wichtiger als die Selbstkompetenz auf Platz „vier“, gesehen. Dies kann der strengen Hierarchieform der öffentlichen Verwaltung geschuldet sein. Die festgelegten Prozesse und Methoden müssen bekannt sein, um eine geeignete Hilfestellung für Mitarbeiter zu geben. Ohne eine entsprechende Kenntnis diesbezüglich ist es schlichtweg nicht möglich, Auswege aus verfahrenen Situationen aufzuzeigen. Wie vorweg schon erwähnt, steht an vierter und somit letzter Stelle die Selbstkompetenz, welche die Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein beinhaltet.⁴⁸

6.1.4 Teil 4: Coaching

Da das Coaching bei existierenden Problemen (siehe auch Punkt 3.2) noch relativ neu ist und dadurch die Erwartung besteht, dass es in der öffentlichen Verwaltung einen dementsprechend geringen Bekanntheitsgrad besitzt, war es wichtig herauszufinden, wie hoch der tatsächliche Bekanntheitsgrad dieses Begriffs und dessen Bedeutung ist. Die Fragen zu diesem Thema wurden bewusst gewählt, um aufzuzeigen, wie aktuell der Stand von Führungskräften der öffentlichen Verwaltung ist beziehungsweise nicht ist.

Zu Anfang wurde nach der Bekanntheit und der Bedeutung des Begriffs Coaching gefragt. Keiner der Befragten gab an, dass ihm dies nicht geläufig sei. Somit wird angenommen, dass die Führungskräfte bei diesem Begriff wissen, womit sie es zu tun haben.

Dies ist eine wichtige Voraussetzung für die folgenden Fragen bezüglich dieses Punktes. Die Sinnhaftigkeit des neuen Instrumentes wurde von

⁴⁸ Kultusministerkonferenz Handreichung 23.09.2011, Sekretariat der Kultusministerkonferenz, 2011, S. 15, als Anlage 10 unter den beigefügten Anlagen zu finden.

25% als positiv angesehen. Jedoch befand die Mehrheit (66,67%), Coaching-Kurse nur für bedingt anwendbar in der öffentlichen Verwaltung. Der Grund hierfür kann sein, dass die Verwaltung seit jeher von keinem großen Individualismus im Bezug auf Verfahrensweisen und deren Mitarbeiter geprägt ist. Aus diesem Grund haben möglicherweise auch 8,33% Coaching-Kurse für gänzlich unnötig gehalten.

Von den 25% der Befragten, die derartige Kurse für sinnvoll halten, konnten sich letzten Endes jedoch nur 16,67% vorstellen, das Instrument Coaching bei ihren Mitarbeitern anzuwenden. Der Großteil (58,33%) kann sich die Anwendung nur teilweise und die restlichen 25% überhaupt nicht vorstellen. Dieses Ergebnis kann wie oben beschrieben der festgelegten Struktur und der eingeschränkten Individualität der Verwaltung geschuldet sein.

Positiv festzuhalten bleibt nach diesem Fragenblock, dass die aktuellen Führungskräfte in der Verwaltung mit modernen Begriffen, wie hier speziell dem Coaching, vertraut sind und diese teilweise auch zur Anwendung bringen würden, um Mitarbeiter damit zu unterstützen. Fraglich bleibt allerdings, ob solch neue Instrumente wie das Coaching eine sinnvolle Anwendung in der öffentlichen Verwaltung finden werden, oder ob diese in der freien Wirtschaft doch besser aufgehoben sind.

6.1.5 Teil 5: Abschlussfragen

Die Abschlussfragen des letzten Teils der Befragung dienen dazu herauszufinden, ob Bildungsmaßnahmen im Bezug auf Burnout und Stressbewältigung für Führungskräfte und Mitarbeiter in den Ämtern angeboten werden. Vorrangig geht es hier um Lehrgänge und ob diese auch vom Personal angenommen werden.

Lehrgänge im Bezug auf Burnout werden bisher nur in 16,67% der befragten Ämter angeboten. Der ausschlaggebende Punkt hierfür kann sein, dass, wie in Teil 1 festgestellt, bisher erst in 50% der Ämter solche

Fälle aufgetreten sind und deshalb der Bedarf solcher spezialisierten Lehrgänge nicht als notwendig empfunden wird.

Ein weiterer Grund hierfür kann sein, dass Stressbewältigung in einem direkten Zusammenhang mit dem Burnout-Syndrom gesehen wird. Somit ist es möglich, mit Lehrgängen zur Stressbewältigung auch das Problem Burnout einzudämmen. Dass die befragten Ämter bei ihrem Personal viel Wert auf die richtige Stressbewältigung legen, wird an der Zahl der angebotenen Lehrgänge deutlich. 91,67% gaben an, dass die erwähnten Lehrgänge in den jeweiligen Ämtern angeboten werden.

Die eine Seite ist das bestehende Angebot an Lehrgängen, die andere jedoch, ob diese Angebote auch vom Personal wahrgenommen werden. Teilgenommen haben an Lehrgängen zur Stressbewältigung oder im Bezug auf Burnout erst 58,33% der Befragten. Konträr gesehen, nahmen knapp unter der Hälfte des Personals an noch keinem Lehrgang zu diesen beiden Themen teil. Oft sieht das Personal keinen Bedarf bei sich selbst und man könnte sich als geoutet vor den Kollegen sehen, da man mit dem herrschenden Stress nicht zurecht kommt und somit seine Aufgaben nicht bewältigen kann. Unterstrichen wird diese These durch die Auswertung, ob die Befragten an solchen Lehrgängen teilnehmen würden. Hier gaben 74% an, dies zu tun. Die Bereitschaft, sich hier weiterzubilden und sich durch Lehrgänge unterstützen zu lassen, ist also grundsätzlich vorhanden.

Der Zeitpunkt wann eine Schulung zum Thema Burnout stattfinden sollte, wurde einstimmig mit „prophylaktisch“ beantwortet, also bevor ein Fall auftritt. Es wird deutlich, dass Führungskräfte die Richtung einschlagen, Probleme einzudämmen, bevor sie größeren Schaden anrichten beziehungsweise diese ganz zu verhindern und sich ihnen nicht erst nach deren Entstehen zu widmen.

Abschließend war es wichtig zu erfahren, wen man schulen sollte. Dies wurde, wie schon mehrmals zur Anwendung gekommen, mit einer

fünfstufigen Ratingskala nach Likert festgestellt. Die Abstufung der hier angewandten Skala baut sich wie folgt auf:

Abbildung 7: Fünfstufige Ratingskala

unbedingt				ggf.
1	2	3	4	5

Quelle: Eigene Erstellung

Laut Auswertung der gewonnen Daten und grafischer Darstellung anhand eines Säulendiagramms, welches im Anhang zu finden ist, lässt sich feststellen, dass Führungskräfte, Verwaltungsspitze und spezielle Burnout-Beauftragte unbedingt geschult werden sollten. Bezieht man sich auf Punkt zwei, erkennt man, dass Führungskräfte, Personalrat und Verwaltungsspitze als wichtigste Stellen für eine Schulung angesehen werden. Interessant ist, dass die Schulung der Mitarbeiter selbst eher im hinteren Bereich der Skala liegt. Dies könnte daran liegen, dass der Fokus auf der Hilfe für die Betroffenen liegt und in der Chance der Selbsthilfe bei einem solchen Problem kein großer Nutzen gesehen wird. Die Angabe, nur gegebenenfalls spezielle Burnout-Beauftragte zu schulen, könnte die Ursache haben, dass die Meinung vertreten wird, es ist ausreichend, wenn Führungskräfte, Personalrat und Verwaltungsspitze für dieses Thema sensibilisiert und geschult werden.

7. Handlungsempfehlung

Wie in der Prognose angenommen, ist das Burnout-Syndrom unter den Führungskräften in der öffentlichen Verwaltung bekannt. Jedoch hatten noch nicht alle Befragten direkten Kontakt damit, was bestätigt, dass die Ausprägung der Krankheit aktuell nicht mit der Zahl in der freien Wirtschaft vergleichbar ist. Jedoch ist dies keine Garantie dafür, dass dieses Problem zukünftig nicht präsenter wird.

Wie Anfangs schon in der Einführung der Thesis erwähnt, wird durch immer mehr Stress und Arbeitsdruck, ausgelöst durch Geldeinsparungen und Stellenabbau, die Belastung des Einzelnen stetig zunehmen. Auch der Drang zur Selbstverwirklichung eines jeden Menschen spielt hierbei eine große Rolle. Dieser ist gerade in der öffentlichen Verwaltung durch die starren Hierarchiestrukturen für den einzelnen Mitarbeiter meist schwer bis unmöglich. Viele finden sich durch die vorgegebenen Aufstiegsmöglichkeiten schnell in einer Perspektivlosigkeit wieder. Darunter leiden wird vor allem die Psyche, das allgemeine Wohlbefinden wie auch das körperliche Befinden der Betroffenen. Dessen waren sich laut vorangegangener Auswertung der erhaltenen Daten auch die befragten Führungskräfte bewusst.

Maßgeblich zur erfolgreichen Behandlung einer psychischen Erkrankung wie dem Burnout-Syndrom ist die Früherkennung der Symptome und die Kenntnis über die Ursachen und die beeinflussenden Faktoren. Hierbei ist der Kenntnisstand der Befragten als sehr positiv anzusehen. Es kann davon ausgegangen werden, dass, falls ein entsprechender Fall auftreten wird, dieser von Führungskräften der öffentlichen Verwaltung rechtzeitig erkannt wird.

Aus der Umfrage wird erkenntlich, dass den Führungskräften ein gutes Verhältnis zu ihren Mitarbeitern durchaus wichtig ist und sie es schätzen, wenn sie ihnen ein hohes Maß an Vertrauen entgegen bringen können. Solch ein vertrautes und enges Verhältnis erleichtert beiden Seiten den

Arbeitsalltag und trägt in besonderem Maße dazu bei, sich bei der Arbeit wohl zu fühlen. Dies ist schon eine Art der Prävention und trägt zur Schaffung eines positiven Arbeitsumfelds bei. Erkennbar war auch, dass niemand seine Mitarbeiter auf sich allein gestellt lässt und sie somit unnötig hohem Druck aussetzt. Als Unterstützer für die Mitarbeiter präsent zu sein, kann eine vorbeugende Wirkung gegen das „Ausbrennen“ wegen Motivationslosigkeit sein.

Ein großer Vorteil eines Mitarbeiters der öffentlichen Verwaltung ist sicherlich, im Gegensatz zur freien Wirtschaft, der Ausgleich zwischen Arbeit und Privatleben. Es gibt festgelegte Wochenarbeitszeiten, welche erfüllt werden müssen, jedoch sind Überstunden und Arbeitsplatzunsicherheiten als psychischer Stressfaktor so gut wie nicht vorhanden. Dies wird auch in Zukunft dazu beitragen, den Stress, welcher durch solchen Druck aufgebaut wird, bei den Einzelnen weitestgehend zu verhindern.

Ein Verbesserungsbedarf wird in der Anwendung des Controllings gesehen. Wenn dieses Instrument in der Zukunft mehr Anwendung unter den Führungskräften findet, ist es für diese noch leichter, die anfallenden Aufgaben fachgerecht an die zuständigen Mitarbeiter zu verteilen. Die positive Folge diesbezüglich ist, dass durch die fachgerechte Zuteilung keine Überschneidungen oder Kompetenzfragen mehr entstehen. Ebenfalls nimmt eine zutreffende Planung einen unnötig aufgebauten Zeitdruck von den Mitarbeitern. Dies hat bei der Belegschaft automatisch eine positive Auswirkung auf die Arbeitsatmosphäre zur Folge.

Aus diesem Grund müssen sich die Verantwortlichen bewusst werden, welche Tragweite eine solche Anwendung des Instrumentes haben wird. Festzustellen war, dass Führungskräfte bei sich selbst für die Planung ihrer persönlichen Aufgaben ein Zeitmanagement einsetzen. Würde diese strukturierte Arbeitsweise, wie oben beim Controlling genannt, weiter ausgedehnt, wäre eine noch effizientere Arbeitsweise die Folge.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das betriebliche Vorschlagswesen. Dies wird aktuell von den Befragten noch nicht als große Hilfe wahrgenommen. Doch gerade diese Möglichkeit, den Arbeitsablauf auf Grund von Vorschlägen, die von Mitarbeitern kommen, zu verbessern, wird sich auch zu dessen Gunsten auswirken. Meist sind nur kleine Stellschrauben im Arbeitsablauf zu drehen, um Druck von Mitarbeitern zu nehmen. Für Führungskräfte ist dies jedoch meist schwerer zu erkennen als für die Betroffenen selbst.

Es ist bei allen Maßnahmen nötig, im Auge zu behalten, dass nicht auf ein völlig stressfreies Arbeitsumfeld hingearbeitet wird. Dies kann im Gegenzug wiederum negative Auswirkungen auf die Produktivität der Mitarbeiter bedeuten. Diesbezüglich sind sich die Befragten ebenfalls einig. Dauerhafter Stress ist sicherlich eine unbestrittene Belastung, jedoch kann kurzfristiger Stress dazu beitragen, die Produktivität sogar zu steigern. Es liegt an den Führungskräften, das Stresslevel im Auge zu behalten und auf einen fairen Ausgleich hin zu arbeiten.

Die Motivation der Mitarbeiter ist ein wichtiger Punkt in der Rolle der Führungskraft. Meist wirkt gezielte Anerkennung des Mitarbeiters für seine Arbeit mehr als ein finanzieller Anreiz, der oft nur den Wettbewerbsdruck gegenüber den Kollegen steigert. Dies kann die Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit positiv beeinflussen. Es muss allerdings darauf geachtet werden, dass nicht „überlobt“ wird und dies wiederum zu einer Abwertung der Wertschätzung führt.

Weiterhin ist positiv zu werten, dass bei fast allen Ämtern jährliche Mitarbeitergespräche stattfinden. Dies ist unbedingt nötig, um ein passendes Feedback an die Mitarbeiter zu geben. Nur durch ein solches kann es möglich sein, Dinge, die bisher nicht als optimal gesehen wurden, zu verbessern. Dies muss den Führungskräften klar sein. Bei noch häufigeren Gesprächen in kürzeren Abständen bestünde eine noch bessere Möglichkeit, den Mitarbeitern ein noch passenderes Feedback geben zu können.

Die Feststellung, dass Führungskräfte der öffentlichen Verwaltung mit modernen Begriffen und Methoden zur Unterstützung der Mitarbeiter vertraut sind, stellt sich positiv dar. Es zeigt die Wandlung vom weitverbreiteten Glauben, die Verwaltung sei starr und in ihren Methoden fest verwurzelt, hin zu neuen Wegen, welche in Zukunft für neuen Wind unter Mitarbeitern sorgen können.

Solche Methoden, um auf Mitarbeiter einzugehen und sie aktiv zu unterstützen, müssen im Wandel der Zeit auch in der öffentlichen Verwaltung Anwendung finden. Eine Hilfe für Führungskräfte kann hierbei gerade die freie Wirtschaft sein. Sie kann als positives Beispiel für aktive Mitarbeiterbetreuung gesehen werden.

Über die Einrichtung eines speziell geschulten Beauftragten für den Bereich Stressmanagement ebenso wie für den Bereich Burnout muss nachgedacht werden. Speziell geschulte Beauftragte haben durch ihr tiefergehendes Wissen bessere Möglichkeiten, auf die Betroffenen einzugehen, als allgemein geschulte Führungskräfte, bei welchen eine solche Betreuung meist nur zu den Nebentätigkeiten ihrer Hauptarbeit zählt. Durch eine dauerhafte Betreuung könnte auch den Menschen geholfen werden, die zum Beispiel nach einer psychischen Krankheit versuchen, im Arbeitsalltag wieder Fuß zu fassen. Diese hätten bei Problemen einen direkten und geschulten Ansprechpartner zur Verfügung. Der Zeitpunkt für die Einführung eines solchen Betreuers muss möglichst früh gewählt werden und nicht erst nach Auftreten eines Burnout-Falles. Nötig ist dies aus dem Grund der Prävention, so kann eine solche Krankheit schon bei der Entstehung erfolgreich behandelt werden. Da aber auch der kollegiale Druck nicht außer Acht gelassen werden darf, muss genau abgewägt werden, ob ein solcher Beauftragter im Amt sitzen sollte. Zur Wahrung der Anonymität ist es besser eine externe Anlaufstelle anzubieten, um eine bessere Annahme der Hilfestellung bei den Mitarbeitern zu erreichen.

Enorm wichtig sind Schulungen für die gesamte Belegschaft der öffentlichen Verwaltung. Wie in der Auswertung zu sehen war, ist das Angebot der Schulungen im Bezug auf Stressbewältigung sehr positiv zu bewerten. Bei Schulungen zu dem speziellen Thema Burnout besteht allerdings noch Nachholbedarf.

Ebenso ist die Frage, wer geschult werden muss, ein wichtiger Punkt. Vorrangig war in der Auswertung zu erkennen, dass Mitarbeiter hierbei eher im Hintergrund stehen und die Führungsriege solche Schulungen erhalten sollte. Es muss bedacht werden, dass Schulungen zu diesem Thema Mitarbeitern wie auch der Führungsriege gleichermaßen einen Vorteil bringen werden. Mitarbeiter, die von psychischen Problemen betroffen sind, sehen die Anzeichen oft selbst nicht und können deshalb diesbezüglich auch nicht um Hilfe bitten, geschweige denn diese annehmen. Im Zuge regelmäßiger Schulungen können gerade die Mitarbeiter selbst besser sensibilisiert werden und es kann das gesamte Umfeld eines Betroffenen auf diesen eingehen. Gerade der kollegiale Zusammenhalt kann eine große Hilfe darstellen. Solche Lehrgänge sollten deshalb regelmäßig stattfinden, um eine möglichst hohe Sensibilisierung zu erreichen.

Wie bereits schon bei dem Punkt mit dem geschulten Betreuer für das Amt erwähnt, muss der kollegiale- und Erfolgsdruck beachtet werden, um eine optimale Teilnahmerate zu erreichen. Deshalb muss die Teilnahme an diesen Kursen für jeden verpflichtend sein. So wird vermieden, dass sich einer der Teilnehmer vor seinen Kollegen bloßgestellt fühlt.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Führungskräfte der öffentlichen Verwaltung mit dem Sachverhalt „Burnout-Syndrom“ vertraut sind und ihnen zum Großteil auch dessen Ursachen geläufig sind. Die Umstände in Bezug auf Arbeitsplatz, Kollegen und Arbeitsdruck sind bei richtiger Führung leicht in die optimale Richtung zu lenken. Führungskräfte haben hier einen großen Einfluss auf diese Umstände. Jedoch liegt es nicht nur

an ihnen, auch die Mitarbeiter selbst können positiven Einfluss auf die herrschenden Umstände nehmen.

Fazit: Um auf eventuell künftig auftretende Fälle von Burnout besser vorbereitet zu sein oder diese schon präventiv abwenden zu können, wird geraten, verpflichtende Lehrgänge in jährlich wiederkehrenden Abständen zu veranstalten. Diese sollten sich mit den Ursachen des Problems, den Gegenmaßnahmen sowie der Stressbewältigung im Arbeitsleben befassen. Des Weiteren sollte, wie oben erwähnt, über die Einrichtung einer Stelle nachgedacht werden, welche als Anlaufstelle für betroffene oder gefährdete Mitarbeiter dient.

Anlagen

Anlage 5: Übersicht der ausgewählten Ämter

Amt Freiburg

Leiter: Dr. Michael Borrmann
Mozartstr. 58
79104 Freiburg

Amt Pforzheim

Leiterin: Pia Riegert-Matt
Simmlerstr. 9
75172 Pforzheim

Amt Heilbronn

Leiter: Michael Greiner
Rollwagstr. 16
74072 Heilbronn

Amt Ravensburg

Leiter: Hermann Zettler
Minneggstr. 1
88214 Ravensburg

Amt Karlsruhe

Leiter: Günter Bachmann
Engesserstr. 1
76131 Karlsruhe

Amt Schwäbisch Gmünd

Leiter: Claus Schüßler
Rektor-Klaus-Str. 76
73525 Schwäbisch Gmünd

Amt Konstanz mit

Außenstelle Rottweil

Leiter: Thomas Steier
Mainaustr. 211
78464 Konstanz-Egg

Amt Stuttgart

Leiterin: Ilse Lange-Tiedje
Rotebühlstr. 100
70178 Stuttgart

Amt Ludwigsburg

Leiterin: Raphaela Sonnentag
Karlsplatz 5
71638 Ludwigsburg

Amt Tübingen

Leiter: Bernd Selbmann
Schnarrenbergstr. 1
72076 Tübingen

Amt Mannheim

Leiter: Bernd Müller
L 4, 4-6
68161 Mannheim

Amt Ulm

Leiter: Wilmuth Lindenthal
Mähringer Weg 148
89075 Ulm

Anlage 6: Fragebogen

Teil 1: Allgemeine Fragen zum Burnout-Syndrom

	ja	nein
Ist Ihnen der Begriff Burnout-Syndrom bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Thema Burnout-Syndrom bei Ihnen im Amt bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen im Amt schon einmal ein Fall von Burnout aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist in Ihrer Abteilung schon einmal ein Fall von Burnout aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie der Meinung, dass dieses Problem zunehmend Präsenz in der Verwaltung gewinnen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist Burnout aus Ihrer Sicht?

	wähle eins aus
Eine psychische Krankheit	<input type="checkbox"/>
Die Unfähigkeit sich selbst zu organisieren	<input type="checkbox"/>
Eine Modeerscheinung	<input type="checkbox"/>

Mir sind die Ursachen des Burnout-Syndroms

nicht bekannt	teilweise bekannt	sehr gut bekannt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark beeinflussen aus Ihrer Sicht folgende Faktoren das allgemeine Wohlbefinden von Mitarbeitern

	sehr stark	stark	mittelmäßig	gering	überhaupt nicht
	1	2	3	4	5
Führungskräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter selbst mit ihren Einstellungen und ihrem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark beeinflussen aus Ihrer Sicht folgende Faktoren die psychische Gesundheit von Mitarbeitern

	sehr stark	stark	mittelmäßig	gering	überhaupt nicht
	1	2	3	4	5
Führungskräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter selbst mit ihren Einstellungen und ihrem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie stark beeinflussen aus Ihrer Sicht folgende Faktoren die körperliche Gesundheit von Mitarbeitern

	sehr stark	stark	mittelmäßig	gering	überhaupt nicht
	1	2	3	4	5
Führungskräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzbedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter selbst mit ihren Einstellungen und ihrem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 2: Mitarbeiter – Führungskräftebeziehung

Das Vertrauensverhältnis zu meinen Mitarbeitern ist

sehr ausgeprägt	gut	normal	weniger ausgeprägt	kritisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wichtig ist es für Sie, Ihre Mitarbeiter bei ihren Aufgaben zu unterstützen?

	trifft zu				trifft nicht zu
	1	2	3	4	5
Mitarbeiter sollten selbstständig arbeiten, aber Unterstützung wird bei Bedarf gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter werden bei ihrer täglichen Arbeit ständig unterstützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiter sollten möglichst völlig selbstständig, ohne Unterstützung, arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Kennen Sie den Begriff Work-Life-Balance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine ausgeglichene Work-Life-Balance für das Wohlbefinden von Mitarbeitern wichtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Controlling eine Hilfe, um Arbeitsabläufe auf die Mitarbeiter
abzustimmen?

ja	teilweise	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 3: Selbsteinschätzung der Führungskräfte

Betreiben Sie für sich persönlich ein aktives Zeitmanagement?

ja	gelegentlich	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Greifen Sie als Hilfe zur Selbsteinschätzung Ihres Führungsverhaltens auf das betriebliche Vorschlagswesen zurück?

ja	gelegentlich	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stress behindert den Arbeitsablauf und schränkt die Leistungsfähigkeit ein – wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu?

ja	bedingt	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nicht dauerhafter Stress steigert die Produktivität – wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu?

ja	bedingt	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eine gezielte Motivation der Mitarbeiter und richtiges Führungsverhalten beeinflussen die Mitarbeiter positiv

völlig richtig	trifft nicht bei allen zu	falsch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der tägliche Kontakt zu den Mitarbeitern steigert die Motivation

völlig richtig	trifft nicht bei allen zu	falsch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Führen Sie regelmäßige Mitarbeitergespräche?

einmal pro Woche	einmal pro Monat	einmal pro Quartal	einmal pro Jahr	noch nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Kompetenzen sind für Sie in der Führungsrolle am wichtigsten?

	Platz 1 bis 4
Fachliche Kompetenz	
Soziale und Emotionale Kompetenz	
Selbstkompetenz	
Prozess- und Methodenkenntnisse	

Teil 4: Coaching

Den Begriff Coaching und dessen Bedeutung

kenne ich	kenne ich nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coaching Kurse halte ich für

sinnvoll	bedingt anwendbar	nicht nötig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Würden Sie Coaching bei Ihren Mitarbeitern anwenden?

ja	teilweise	nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teil 5: Abschlussfragen

	ja	nein
Werden bei Ihnen im Amt Lehrgänge in Bezug auf Burnout angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden bei Ihnen im Amt Lehrgänge in Bezug auf Stressbewältigung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal an solchen Lehrgängen teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Würden Sie an solchen Lehrgängen teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wann sollte man Ihrer Meinung nach zum Thema Burnout schulen?

	wähle eins aus
überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>
prophylaktisch, überhaupt bevor ein Fall auftritt	<input type="checkbox"/>
sofort, wenn der erste Fall aufgetreten ist	<input type="checkbox"/>
erst dann, wenn es bereits mehrere Fälle gibt	<input type="checkbox"/>

Wen sollte man schulen?

	unbedingt				ggf.
	1	2	3	4	5
Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führungskräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalrat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwaltungsspitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Burnout-Beauftragte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anlage 7: Anschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Steffen Butz. Derzeit bin ich bei Vermögen- und Bau BW als Regierungsinspektoranwärter eingestellt und mache in diesem Zusammenhang ein Studium in der allgemeinen Finanzverwaltung an der Hochschule für Öffentliche Verwaltung und Finanzen Ludwigsburg. In diesem Rahmen findet gerade die Fertigung meiner Bachelorarbeit statt.

Das Thema meiner Bachelorarbeit lautet: „Die Rolle der Führungskraft bei der Prophylaxe und Intervention des Burnout-Syndroms am Beispiel der Vermögens- und Bauämter Baden Württembergs.“

Hierbei ist es mein Ziel herauszufinden, ob das Thema Burnout-Syndrom in der öffentlichen Verwaltung präsent ist und wenn ja, in welcher Form. Außerdem ist es meine Absicht aufzuzeigen, welche Maßnahmen in Bezug auf dieses Problem in der öffentlichen Verwaltung bekannt sind oder schon umgesetzt werden. Falls Verbesserungsbedarf besteht, kann durch die gewonnen Daten gezeigt werden, in welchen Bereichen dies ist.

Mein Anliegen, den Fragebogen auszufüllen, richtet sich somit an die Führungskräfte Ihres Amtes. Ich bitte Sie, den vorliegen Fragebogen an diese (Führungskräfte) in den verschiedenen Referaten zu verteilen.

Der vorliegende Fragebogen enthält 5 Teile mit insgesamt 32 Fragen:

Teil 1: Allgemeine Fragen zum Thema Burnout

Teil 2: Mitarbeiter - Führungskräftebeziehung

Teil 3: Selbsteinschätzung der Führungskräfte

Teil 4: Coaching

Teil 5: Abschlussfragen

Der Fragebogen ist anonym und wird nicht an Dritte weitergegeben. Die Erfassung der Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen der genannten Bachelorarbeit und die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt.

Ich bitte Sie um **Rücksendung des Fragebogens bis zum 25. Januar 2013**, an **butz.steffen@googlemail.com**, um noch genügend Zeit für die Auswertung zu haben.

Vielen Dank schon einmal im Voraus dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Steffen Butz

Anlage 8: Dankeschreiben

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich mich bei Ihnen, für die Teilnahme an der vorangegangenen Umfrage, bedanken.

Durch Ihre Unterstützung war es mir möglich eine ausreichende Fülle an Daten zu gewinnen, um dadurch die Bachelorarbeit wie geplant umzusetzen.

Wie schon vorhergehend erläutert, sind die gesammelten Daten nun alle anonymisiert und ausgewertet.

Falls Sie Interesse an der finalen Arbeit haben, werde ich Ihnen diese gerne nach der Auswertung durch das Prüfungsamt zukommen lassen.

Vielen Dank nochmals dafür, dass Sie sich die Zeit genommen haben um, mich bei meiner Bachelorarbeit zu unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Steffen Butz

Anlage 9: Auswertung und Auswertungsdiagramme

Teil 1: Allgemeine Fragen zum Burnout-Syndrom

	ja	nein
Ist Ihnen der Begriff Burnout-Syndrom bekannt?	100%	0%
Ist das Thema Burnout-Syndrom bei Ihnen im Amt bekannt?	100%	0%
Ist bei Ihnen im Amt schon einmal ein Fall von Burnout aufgetreten?	50%	50%
Ist in Ihrer Abteilung schon einmal ein Fall von Burnout aufgetreten?	25%	75%
Sind Sie der Meinung, dass dieses Problem zunehmend Präsenz in der Verwaltung gewinnen wird?	83,33%	16,67%

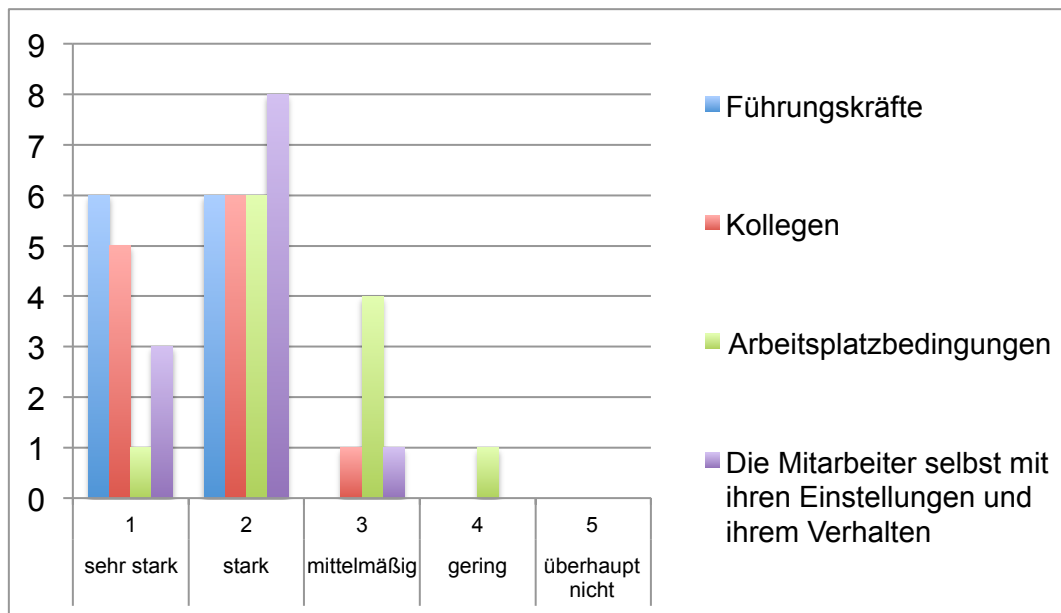
Was ist Burnout aus Ihrer Sicht?

	wähle eins aus
Eine psychische Krankheit	83,33%
Die Unfähigkeit sich selbst zu organisieren	0%
Eine Modeerscheinung	16,67%

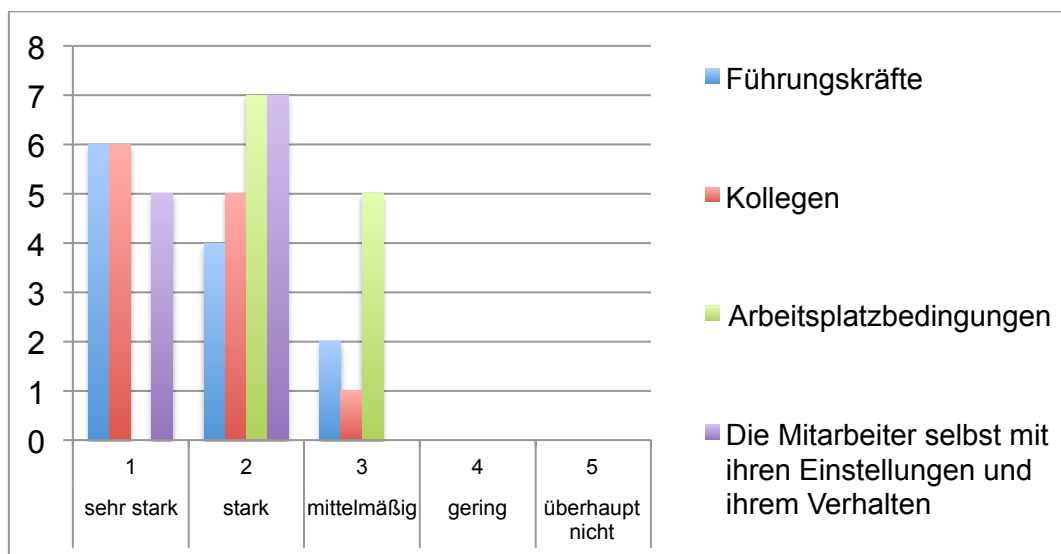
Mir sind die Ursachen des Burnout-Syndroms

nicht bekannt	teilweise bekannt	sehr gut bekannt
0%	83,33%	16,67%

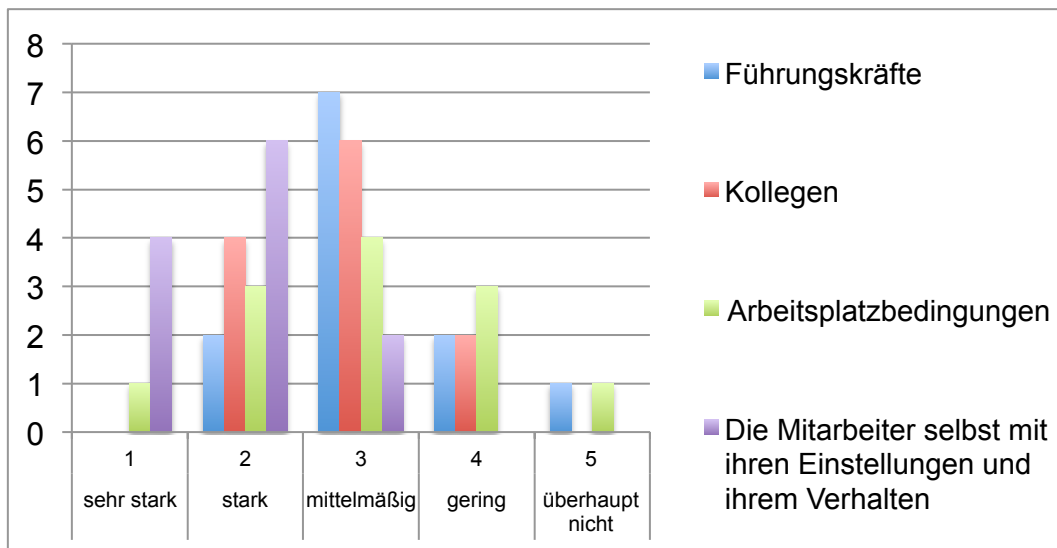
Wie stark beeinflussen aus Ihrer Sicht folgende Faktoren das allgemeine Wohlbefinden von Mitarbeitern



Wie stark beeinflussen aus Ihrer Sicht folgende Faktoren die psychische Gesundheit von Mitarbeitern



Wie stark beeinflussen aus Ihrer Sicht folgende Faktoren die körperliche Gesundheit von Mitarbeitern

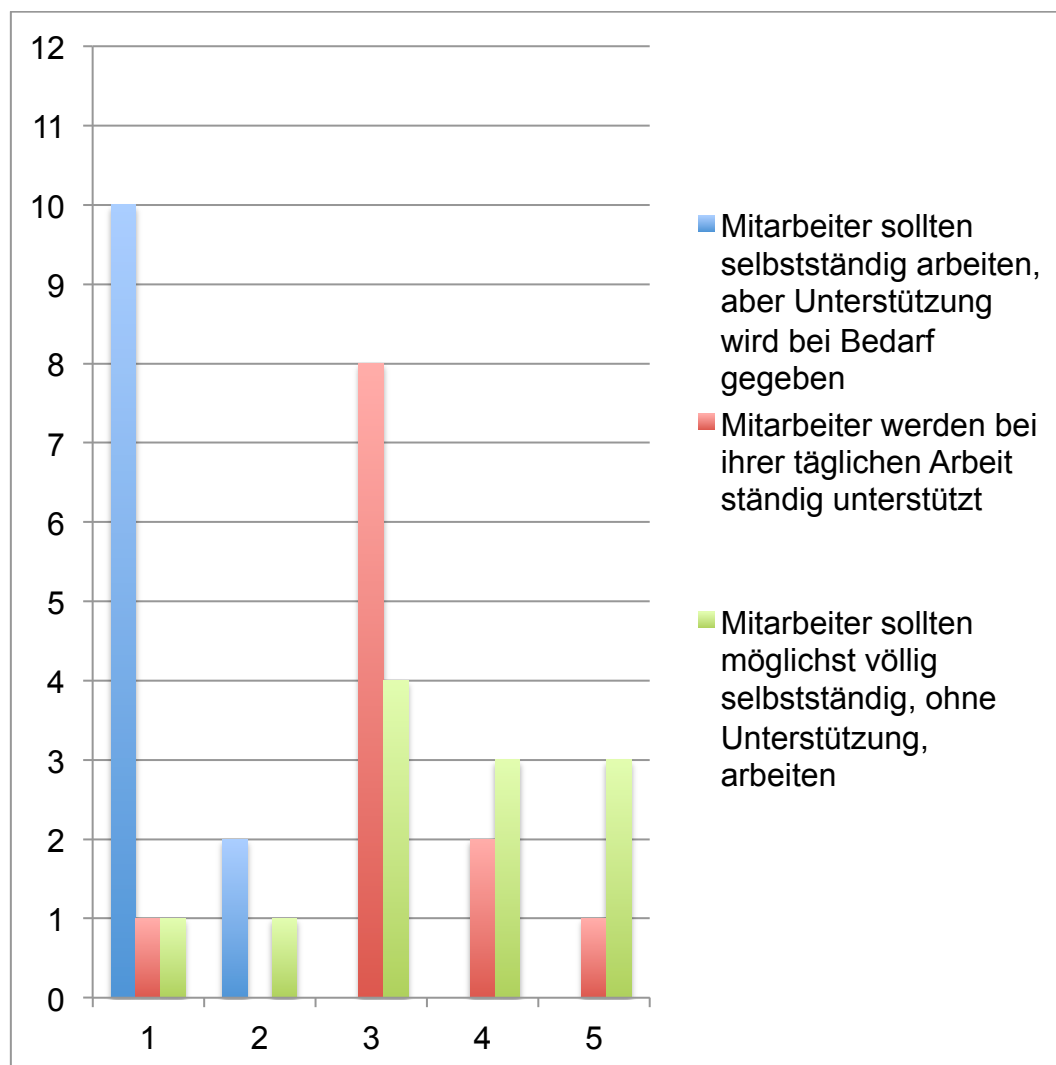


Teil 2: Mitarbeiter – Führungskräftebeziehung

Das Vertrauensverhältnis zu meinen Mitarbeitern ist

sehr ausgeprägt	gut	normal	weniger ausgeprägt	kritisch
8,33%	83,33%	8,33%	0%	0%

Wie wichtig ist es für Sie, Ihre Mitarbeiter bei ihren Aufgaben zu unterstützen?



trifft zu				Trifft überhaupt nicht zu
1	2	3	4	5

	ja	nein
Kennen Sie den Begriff Work-Life-Balance?	83,33%	16,67%
Ist eine ausgeglichene Work-Life-Balance für das Wohlbefinden von Mitarbeitern wichtig?	83,33%	0%

Ist Controlling eine Hilfe, um Arbeitsabläufe auf die Mitarbeiter abzustimmen?

ja	teilweise	nein
25%	58,33%	16,67%

Teil 3: Selbsteinschätzung der Führungskräfte

Betreiben Sie für sich persönlich ein aktives Zeitmanagement?

ja	gelegentlich	nein
25%	75%	0%

Greifen Sie als Hilfe zur Selbsteinschätzung Ihres Führungsverhaltens auf das betriebliche Vorschlagswesen zurück?

ja	gelegentlich	nein
0%	50%	50%

Stress behindert den Arbeitsablauf und schränkt die Leistungsfähigkeit ein – wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu?

ja	bedingt	nein
41,67%	58,33%	0%

Nicht dauerhafter Stress steigert die Produktivität – wie sehr stimmen Sie dieser Aussage zu?

ja	bedingt	nein
58,33%	41,67%	0%

Eine gezielte Motivation der Mitarbeiter und richtiges Führungsverhalten beeinflussen die Mitarbeiter positiv

völlig richtig	trifft nicht bei allen zu	falsch
83,33%	16,67%	0%

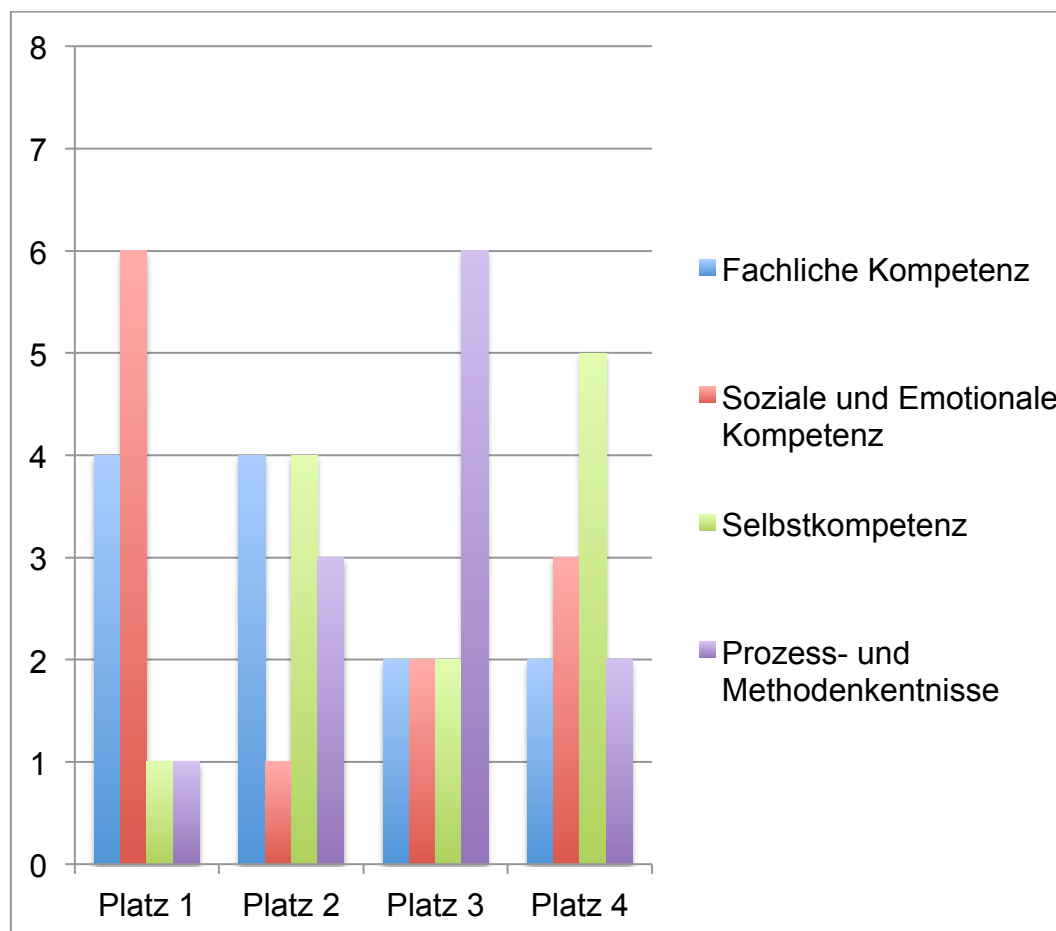
Der tägliche Kontakt zu den Mitarbeitern steigert die Motivation

völlig richtig	trifft nicht bei allen zu	falsch
66,67%	33,33%	0%

Führen Sie regelmäßige Mitarbeitergespräche?

einmal pro Woche	einmal pro Monat	einmal pro Quartal	einmal pro Jahr	noch nie
0%	0%	0%	91,67%	8,33%

Welche Kompetenzen sind für Sie in der Führungsrolle am wichtigsten?



Teil 4: Coaching

Den Begriff Coaching und dessen Bedeutung

kenne ich	kenne ich nicht
100%	0%

Coaching Kurse halte ich für

sinnvoll	bedingt anwendbar	nicht nötig
25%	66,67%	8,33%

Würden Sie Coaching bei Ihren Mitarbeitern anwenden?

ja	teilweise	nein
16,67%	58,33%	25%

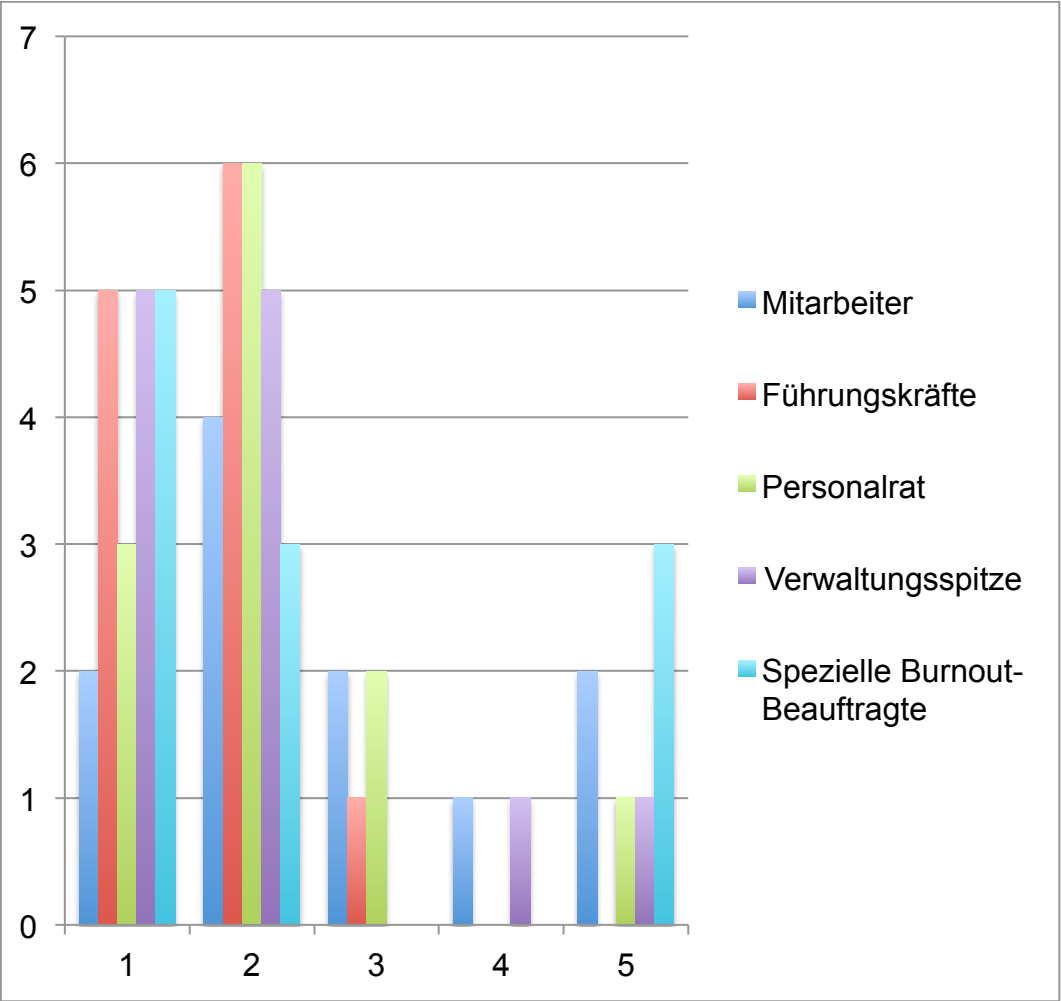
Teil 5: Abschlussfragen

	ja	nein
Werden bei Ihnen im Amt Lehrgänge in Bezug auf Burnout angeboten?	16,67%	83,33%
Werden bei Ihnen im Amt Lehrgänge in Bezug auf Stressbewältigung angeboten?	91,67%	8,33%
Haben Sie schon einmal an solchen Lehrgängen teilgenommen?	58,33%	41,67%
Würden Sie an solchen Lehrgängen teilnehmen?	75%	25%

Wann sollte man Ihrer Meinung nach zum Thema Burnout schulen?

	wähle eins aus
überhaupt nicht	0%
prophylaktisch, überhaupt bevor ein Fall auftritt	100%
sofort, wenn der erste Fall aufgetreten ist	0%
erst dann, wenn es bereits mehrere Fälle gibt	0%

Wen sollte man schulen?



unbedingt				ggf.
1	2	3	4	5

Literaturverzeichnis

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung, 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Erich Schmidt Verlag, 2010

Baden-Württemberg Vermögen und Bau Amt Stuttgart: Informationsblatt für neue Mitarbeiter, 2012
→ Anlage 11

Bergner, Thomas M.H.: Burnout-Prävention: Das 9-Stufen-Programm zur Selbsthilfe, 3. Unveränderter Nachdruck, Schattauer GmbH, 2009

BKK Gesundheitsverband: BKK Gesundheitsreport 2011: Zukunft der Arbeit, 2011
→ Anlage 2

DeMarco, Tom: Spielräume: Projektmanagement jenseits von Burn-out, Stress und Effizienzwahn, Hanser Verlag, 2001

Gallup Institut: Gallup-Studie 2011, 2011
→ Anlage 4

Gourmelon, Andreas/Mroß, Michael: Führung im öffentlichen Sektor, Nomos Verlagsgesellschaft, 2010

Hokenbecker-Belke, Eva: Ausgebrannt – Ein Ratgeber für Mitarbeiter und Führungskräfte zur Burnout-Prävention in personenzentrierten Dienstleistungsberufen, Lit Verlag, 2007

Jacob, Rüdiger/Heinz, Andreas/Décieux, Jean Philippe/Eirmbter, Willy H.: Umfrage: Einführung in die Methoden der Umfrageforschung, 2., erweiterte und korrigierte Auflage, Oldenbourg Verlag München, 2011

Kernen, Hans: Burnout Prophylaxe: Erfolgreiches individuelles und institutionelles Ressourcenmanagement, 2., unveränderte Auflage, Paul Haupt Verlag, 1998

Kraemer, Horst: Soforthilfe bei Stress und Burn-out, 3. Auflage, Kösel-Verlag, 2010

Lehky, Maren: Leadership 2.0: Wie Führungskräfte die neuen Herausforderungen im Zeitalter von Smartphone, Burnout & Co managen, Campus Verlag, 2011

Litzcke, Sven/Schuh, Horst: Belastungen am Arbeitsplatz: Strategien gegen Stress, Mobbing und Burn-out, 2., erweiterte Auflage, Deutscher Institutsverlag, 2003

Lohmer, Mathias/Sprenger, Bernd/Wahlert, Jochen von: Gesundes Führen: Life-Balance versus Burnout im Unternehmen, Schattauer GmbH, 2012

Merg, Klaus/Knödler, Torsten: Überleben im Job: -Berufsalltag ohne Stress und Burn-out -Coaching für die Karriere -Umgang mit Chef und Kollegen, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, Redline GmbH, 2007

Raab-Steiner, Elisabeth/Benesch, Michael: Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung, 3. Auflage, 2012

Scheglberger, Judith: Burnout-Prävention unter psychodynamischem Aspekt: Eine Untersuchung von Möglichkeiten der nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010

Sekretariat der Kultusministerkonferenz – Referat Berufliche Bildung, Weiterbildung und Sport: Kultusministerkonferenz Handreichung, 23.09.2011
→ Anlage 10

Stock, Dr. Christian: Burnout: Erkennen und verhindern, Haufe-Lexware GmbH & Co KG, 2010

Weibler, Jürgen: Personalführung, 2., komplett überarbeitete und erweiterte Auflage, Vahlen Verlag, 2012

Internetquellen:

Süddeutsche: Seelische Gesundheit in Unternehmen: Firmen sollen Burn-out bekämpfen, 30.10.2012,
<http://www.sueddeutsche.de/karriere/seelische-gesundheit-in-unternehmen-firmen-sollen-burn-out-bekaempfen-1.1510394>, [23.11.2012]
→ Anlage 1

Zeit: Krankenstand: Zahl der Burn-out-Erkrankungen steigt, 19.04.2011,
<http://www.zeit.de/karriere/2011-04/burn-out-erkrankungen>, [23.11.2012]
→ Anlage 3

Ehrenerklärung:

Ich versichere, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

.....

Datum

Unterschrift

BKK Gesundheitsreport 2011

Zukunft der Arbeit



BKK Bundesverband



Impressum

Der BKK Gesundheitsreport 2011 und die damit verbundenen Auswertungen wurden durch den BKK Bundesverband in Zusammenarbeit mit dem BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit erstellt.

Redaktion:	Wolfgang Bödeker, Karin Kliner, Christine Richter, Susanne Wilhelmi, Daniel Viehweg	
Autoren:	Erika Zoike, Sven Bungard, Verena Ganske, Franz-Josef Grothaus, Dagmar Hertle, Christin Tewes, Andrea Trümner, Karin Kliner	
Spezial-Beiträge:	Bernhard Badura Emanuel Beerheide Michael Bellwinkel Franz Billinger Alexander Böhne Lena Böhnke Heike Bruch Hermann Burr Andrea Deufel Arno Georg Carsten Gräf Sabine Gregersen Hans Martin Hassellhorn	Josef Hilbert Sandra Kowalevski Andreas Krause Andrea Neid Heiko Rüger Silvia Ruppenthal Sarah Schuster Anne Schweppenhäuser Kai Seiler Dagmar Siebecke Mika Steinke Eberhard Ulich Martina Weber

Weitere Angaben zu den Autorinnen und Autoren finden sich am Ende des Anhangs.

Datenmanagement und Empirie:	Karin Kliner, BKK Bundesverband
Empirie:	Norbert Birkner, Renate Meyer, BQS-Institut

– Nachdruck nur mit Quellenangabe gestattet –

Essen im November 2011

Herausgeber:	BKK Bundesverband, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
Anfragen:	E-Mail: info@bkk-bv.de

Lektorat:	Joachim Fries, www.lernwert.de
-----------	---

Gestaltung, Satz:	Typografischer Betrieb Lehmann GmbH, Essen www.typolehmann.de
-------------------	--

Druck:	Schröers-Druck GmbH www.schroeers-druck.de
--------	---

Bildnachweis:	Bilddatenbank BKK Bundesverband, www.fotolia.com
---------------	---

ISSN 1434-1603

		Seite
	Impressum	2
	Inhaltsverzeichnis	3
	Tabellenverzeichnis	6
	Diagrammverzeichnis	7
	Vorwort	8
1	Krankheitsgeschehen im Überblick	11
1.1	Die Entwicklung des Krankenstands	14
1.1.1	Entwicklung im Jahr 2011	16
1.1.2	Spektrum der Krankheitsarten bei Arbeitsunfähigkeit	17
1.1.3	Merkmale des Krankenstands – Diagnosen und Falldauern	19
1.2	Ambulante ärztliche Versorgung	21
1.2.1	Ambulante Diagnosen nach Alter und Geschlecht	21
1.2.2	Ambulante Diagnosen nach Erwerbsstatus	30
1.3	Arzneimittelverordnungen	32
1.3.1	Krankheitsspektrum nach Geschlecht	34
1.3.2	Krankheitsspektrum nach Alter	34
1.3.3	Krankheitsspektrum nach beruflichem Status	36
2	Alter, Geschlecht und soziale Lage	39
2.1	Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	41
2.1.1	Arbeitsunfähigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nach Tätigkeit	42
2.1.2	AU-Diagnosen bei Männern und Frauen	44
2.1.3	AU-Diagnosen nach Alter	45
2.2	Berufliche und soziale Lage	47
2.2.1	Arbeitsunfähigkeit nach beruflichem Status	47
2.2.2	Krankheitsarten nach beruflicher und sozialer Lage	50
	Schwerpunkt:	
	„Dynamik der Arbeitswelt“	53
	Einleitung Dynamik der Arbeitswelt – Dienstleistungen in der Gestaltungsherausforderung	54
	Die Beschleunigungsfaller – Verbreitung, Auswirkungen und Führungsstrategien zur Vermeidung und Überwindung von organisationalem Burn-out	62
	Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen	66
	Wandel von Tätigkeiten im Berufsalltag – Berufsbilder früher und heute	71
	■ Der Abschied vom Malocher – Stahlarbeit im Wandel	71
	■ Pflege: Von der „weiblichen“ Nächstenliebe zur fachkompetenten Gesundheitsdienstleistung	72
3	Arbeitswelt	75
3.1	Fehlzeiten nach Berufen und Branchen	77
3.1.1	Versichertenstruktur	77
3.1.2	Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick	80
3.1.3	Arbeitsunfähigkeit nach beruflicher Tätigkeit	82
3.1.4	Arbeitsunfähigkeit wichtiger Berufsgruppen innerhalb ausgewählter Wirtschaftszweige	85
3.2	Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit	94
3.3	Krankheitsarten nach beruflichen Merkmalen	98
3.3.1	Branchenspezifische Morbiditätsprofile	98
3.3.2	Berufspezifische Morbiditätsprofile	103



Schwerpunkt:**„Arbeit und Gesundheit“ 105**

Einleitung Arbeit und Gesundheit	106
Stress und Mehrfachbelastung – Pflegende Angehörige werden besonders häufig krank	112
Präsentismus – Ursachen, Folgen und Kosten	115
Berufsbedingte räumliche Mobilität – Konsequenzen für Wohlbefinden und Gesundheit	120
Neue Arbeitsformen, neue Belastungen – Diskontinuierliche Beschäftigung am Beispiel der IT-Branche	126
Führungsverhalten – Auswirkungen auf die Gesundheit	129

4 Fehlzeiten nach Regionen 135

4.1 Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern	138
4.2 Nach Alter und Geschlecht standardisierte Länderergebnisse	140
4.3 Arbeitsunfähigkeit ausgewählter Landkreise einiger Bundesländer	142
4.4 Regionale Verteilung der Krankheitsarten	144

Schwerpunkt:**„Gestaltung gesunder Arbeit“ 147**

Einleitung Gestaltung gesunder Arbeit	148
Vereinbarkeit von Beruf und Pflege im Fokus betrieblicher Personalpolitik	154
Das gesunde Gleichgewicht zwischen Familie, Beruf, Freizeit – mhplus Krankenkasse	
Work-Life-Balance-Seminare	157
Psychische Gesundheit: Ein neues Thema des betrieblichen Gesundheitsmanagements	162
Zeitarbeit gesund gestalten	166
Entschleunigung	172

5 Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen 179

5.1 Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems	181
5.2 Krankheiten des Atmungssystems	184
5.3 Bösartige Neubildungen	186
5.4 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen	187

Anhang A 1

A Methodische Hinweise	A 2
B Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel	A 4
C Verzeichnis des Tabellenanhangs	A 9
D Tabellenanhang	A 11
E Autorenverzeichnis	A 104

Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1.1:	AU-Tage je einbezogenen BKK Versicherten – nach Versichertengruppe	13
Tabelle 1.2:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – alle BKK Versicherten	22
Tabelle 1.3:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Frauen – alle Altersgruppen	23
Tabelle 1.4:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Männer – alle Altersgruppen	23
Tabelle 1.5:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Frauen – 65 Jahre und älter	24
Tabelle 1.6:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Männer – 65 Jahre und älter	25
Tabelle 1.7:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Frauen – 20 bis unter 65 Jahre	26
Tabelle 1.8:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Männer – 20 bis unter 65 Jahre	27
Tabelle 1.9:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Frauen – unter 20 Jahre	28
Tabelle 1.10:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Männer – unter 20 Jahre	29
Tabelle 1.11:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – Arbeitslose	30
Tabelle 1.12:	Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 – beschäftigte Mitglieder	31
Tabelle 1.13:	Arzneimittelverordnungen – Vergleich 2008 bis 2010 – Frauen – alle Altersgruppen	32
Tabelle 1.14:	Arzneimittelverordnungen – Vergleich 2008 bis 2010 – Männer – alle Altersgruppen	33
Tabelle 1.15:	Arzneimittelverordnungen 2010 Frauen – alle Altersgruppen	35
Tabelle 1.16:	Arzneimittelverordnungen 2010 Männer – alle Altersgruppen	35
Tabelle 1.17:	Arzneimittelverordnungen – Vergleich 2008 bis 2010 – Arbeitslose	37
Tabelle 1.18:	Arzneimittelverordnungen – Vergleich 2008 bis 2010 – beschäftigte Mitglieder	37
Tabelle 2.1:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus	47
Tabelle 2.2:	Teilzeitbeschäftigung und Arbeitsunfähigkeit in wichtigen Berufen	48
Tabelle 2.3:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Krankheitsarten	51
Tabelle 3.1:	Arbeitsunfähigkeitstage nach Branchen	79
Tabelle 3.2:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Gesamt	82
Tabelle 3.3:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Frauen	83
Tabelle 3.4:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Männer	84
Tabelle 3.5:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Metallherzeugung	86
Tabelle 3.6:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Chemie	86
Tabelle 3.7:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Baugewerbe	87
Tabelle 3.8:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Handel	88
Tabelle 3.9:	Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Verkehr	89
Tabelle 3.10:	Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen	97
Tabelle 3.11:	Die häufigsten Verletzungen	102
Tabelle 4.1:	BKK Versicherte nach Bundesländern	137
Tabelle 4.2:	Veränderungen der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern gegenüber dem Vorjahr	137
Tabelle 4.3:	Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen in ausgewählten Bundesländern	142
Tabelle 4.4:	Facharztdichte Psychiatrie und Psychotherapie	146
Tabelle 5.1:	Die 3 wichtigsten Diagnosegruppen nach AU-Tagen	180
Tabelle 5.2:	Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen	181
Tabelle 5.3:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems	183
Tabelle 5.4:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Krankheiten des Atmungssystems	185
Tabelle 5.5:	Die häufigsten bösartigen Neubildungen nach AU-Fällen und AU-Tagen bei Männern und Frauen	186
Tabelle 5.6:	Arbeitsunfähigkeit nach Diagnoseuntergruppen: Psychische und Verhaltensstörungen	188

Diagrammverzeichnis

Seite

Diagramm 1.1: Einbezogene BKK Versicherte – nach Versichertengruppen	12
Diagramm 1.2: Arbeitsunfähigkeit seit 1976 – Fälle je beschäftigtes Mitglied	14
Diagramm 1.3: Arbeitsunfähigkeit seit 1976 – Tage je beschäftigtes Mitglied	15
Diagramm 1.4: Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen	15
Diagramm 1.5: BKK Krankenstand 2009–2011	16
Diagramm 1.6: Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen	16
Diagramm 1.7: Die häufigsten Krankheitsarten	17
Diagramm 1.8: Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976	18
Diagramm 1.9: Krankengeldtage nach Krankheitsgruppen	19
Diagramm 1.10: Arbeitsunfähigkeit nach Dauer	20
Diagramm 1.11: Personelle Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage (Lorenz-Kurve)	20
Diagramm 2.1: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht	41
Diagramm 2.2: Arbeitsunfähigkeit nach Alter in ausgewählten Berufen	42
Diagramm 2.3: Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Krankheitsarten (Tage)	44
Diagramm 2.4: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)	45
Diagramm 2.5: Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)	46
Diagramm 2.6: Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus	49
Diagramm 2.7: Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)	52
Diagramm 3.1: Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen	81
Diagramm 3.2: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Metallverarbeitung	85
Diagramm 3.3: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Postdienste und Telekommunikation	90
Diagramm 3.4: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Dienstleistungen	91
Diagramm 3.5: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Öffentliche Verwaltung	92
Diagramm 3.6: Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Gesundheits- und Sozialwesen	93
Diagramm 3.7: Standardisierte Arbeitsunfähigkeit für die beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen	95
Diagramm 3.8: Krankheitsarten im Dienstleistungsbereich	99
Diagramm 3.9: Krankheitsarten in der Land- und Forstwirtschaft und im verarbeitenden Gewerbe	99
Diagramm 3.10: Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen	101
Diagramm 3.11: Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen: Berufe mit den meisten AU-Tagen	103
Diagramm 3.12: Krankheitsgeschehen nach Berufsgruppen: Berufe mit den wenigsten AU-Tagen	104
Diagramm 4.1: Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern	139
Diagramm 4.2: Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (AU-Tage) – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent	141
Diagramm 4.3: Krankheitsarten in den Bundesländern (AU-Tage)	145
Diagramm 4.4: Anteil der AU-Tage je Krankheitsart	146
Diagramm 5.1: Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen – Fälle	182
Diagramm 5.2: Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen – Tage	182
Diagramm 5.3: Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen – Fälle	184
Diagramm 5.4: Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen – Tage	184
Diagramm 5.5: Zunahme der psychischen Störungen (AU-Tage)	187
Diagramm 5.6: Krankheitstage durch das Burn-out-Syndrom – 2004 bis 2010	189
Diagramm 5.7: Anteil der Versicherten mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen	190
Diagramm 5.8: Anteil der beschäftigten und arbeitslosen Mitglieder mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen	191
Diagramm 5.9: Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus – Frauen	192
Diagramm 5.10: Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus – Männer	193

Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung in die Arbeitsprozesse ist ein wichtiger Faktor für die Wettbewerbsfähigkeit und damit für den Erfolg von Unternehmen in Deutschland geworden. Basierend auf detaillierten und berufsbezogenen Analysen des Krankheitsgeschehens gehören verbindliche Ziele für die Gesunderhaltung ihrer Belegschaften für eine wachsende Zahl von Firmen mittlerweile zur Unternehmensausrichtung. Auch die Politik plädiert dafür, betriebliche Gesundheitsförderung in künftige Präventionsstrategien stärker einzubeziehen.

Mit dem vorliegenden BKK Gesundheitsreport – dem 35. Jahresband dieser Reihe – wird eine Tradition fortgesetzt, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung einzigartig ist. Schon immer war es den

Betriebskrankenkassen ein besonderes Anliegen, die gesundheitliche Lage der Versicherten auch vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Tätigkeit zu betrachten und in enger Zusammenarbeit mit den Unternehmen erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben. Der BKK Gesundheitsreport basiert auf Datenauswertungen von 5,6 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Der Report bietet somit einen verlässlichen Überblick über das Krankheitsgeschehen in der Arbeitswelt, denn jeder fünfte sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland ist in einer Betriebskrankenkasse versichert.

Heutige Arbeitnehmer brauchen stabile psychische Ressourcen, um ihr Arbeitsleben auch bei längerer Lebensarbeitszeit gut zu bewältigen: Hohe Anforderungen an die Mobilität, eine dichter werdende Arbeitstaktung und die wach-

sende Zahl diskontinuierlicher Arbeitsverhältnisse beschäftigen die Autoren der Spezialbeiträge dieses Reports. Mehr und mehr setzen Unternehmen, die auf hochqualifizierte und belastbare Mitarbeiter mit langjährig erworbenen Spezialkenntnissen angewiesen sind, auf die Gestaltung „gesunder Arbeit“ als einen Standortvorteil. Dazu gehören günstige Rahmenbedingungen für eine gelingende Work-Life-Balance oder die Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

Das Vermeiden von psychischen Erkrankungen als zunehmend wichtiger werdendes Element von Führungsstrategien hat viele Facetten. Die Gastautoren dieses Bandes befassen sich etwa damit, wie sich Führungsverhalten auf die Gesundheit der Belegschaften auswirkt, wie dem Präsentismus begegnet werden kann, ob und welche Wege es aus der „Beschleunigungsfalle“ gibt.

Wir hoffen, dass wir Sie mit den aktuellen Gesundheitsdaten, Analysen und Hintergrundinformationen bei Ihrer Arbeit unterstützen können. Der Gesundheitsreport zeigt, dass bei steigenden Anforderungen auch für älter werdende Belegschaften die Maßnahmen der Prävention und die betriebliche Gesundheitsförderung für Unternehmen und ihre Mitarbeiter immer wichtiger werden.



Heinz Kaltenbach
Geschäftsführer
BKK Bundesverband

1

Krankheitsgeschehen im Überblick



1 Krankheitsgeschehen im Überblick

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die allgemeine Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit und des Krankheitsgeschehens. Einzelbetrachtungen zu unterschiedlichen Versichertengruppen, tätigkeitsbezogene und regionale Analysen sowie die Untersuchung einzelner Diagnosegruppen erfolgen in den nächsten Kapiteln. Der diesjährige Report betrachtet die Krankheitsentwicklungen der verschiedenen Versicherten- und Erwerbsgruppen unter besonderer Berücksichtigung des Wandels in der Arbeitswelt, womit sich auch die zahlreichen Spezialbeiträge vertiefend beschäftigen. Der weiterhin fortschreitende wirtschaftliche und demografische

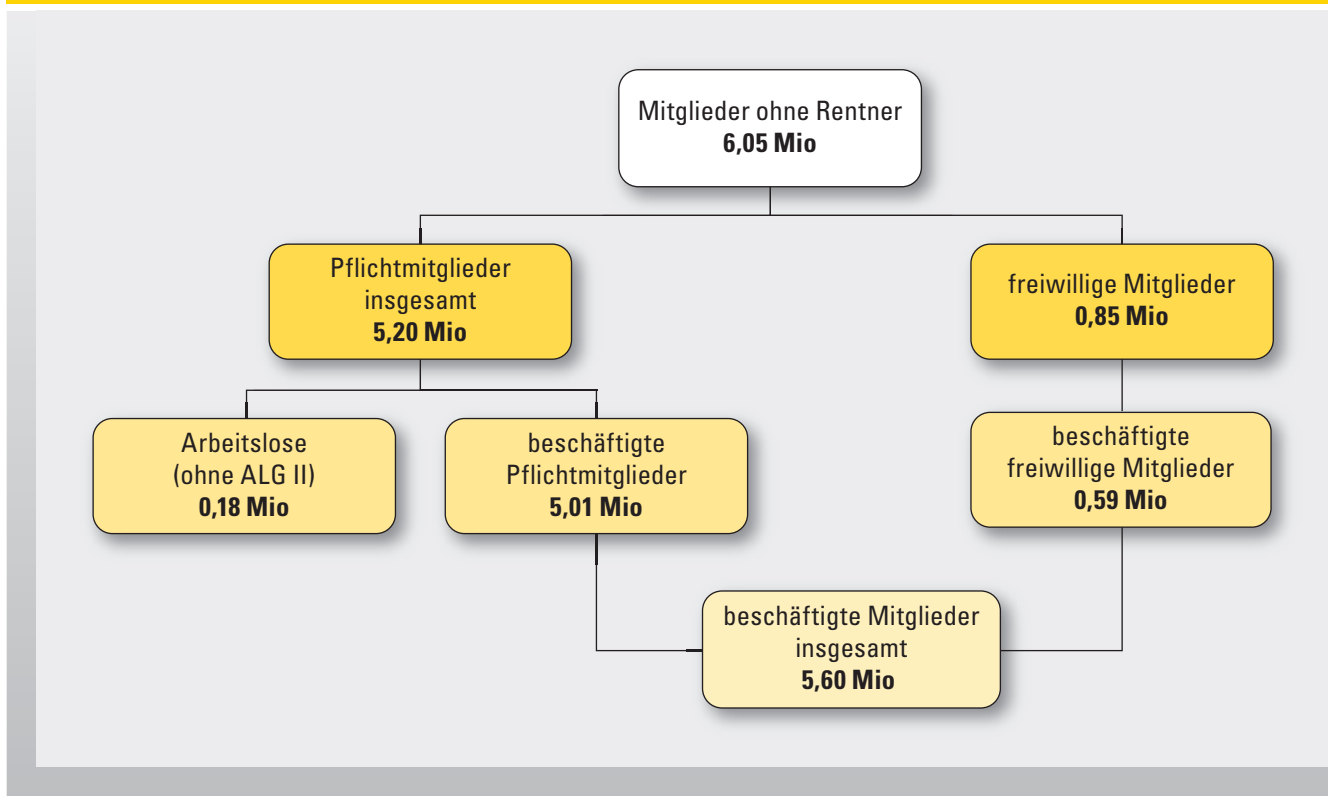
Wandel in der Gesellschaft zeigt sich in zunehmenden Restrukturierungen in vielen Branchen und Unternehmen, und einer häufig hiermit einhergehenden Verdichtung und Entgrenzung der beruflichen Arbeit. Hierbei sind die gesundheitlichen Folgen einerseits – insbesondere die psychischen und sozialen Belastungen und Krankheitsfolgen – und angemessene Strategien zur Prävention dieser Folgen andererseits von Bedeutung. Diese Aspekte werden in unseren Themenbeiträgen vertiefend aufgegriffen.

Der BKK Gesundheitsreport 2011 basiert auf den Versicherten- und Leistungs-

daten bei Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfällen, ambulanten Behandlungen und Arzneimittelverordnungen des Jahres 2010. Grundlage der Analysen zu den Fehlzeiten sind 6,23 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfälle von 6,05 Mio. Mitgliedern ohne Rentner¹ (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ALG-I-Empfänger sowie andere kleinere Gruppen) (vgl. *Diagramm 1.1*). Die Zahl der beschäftigten BKK Mitglieder insgesamt (einschließlich der freiwillig Versicherten) betrug 2010 5,60 Mio. Diese Zahl entspricht 20,2% aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (27,71 Mio. zum 30. Juni 2010) (vgl. *Tabelle 1.1*). Die Aufteilung der BKK Mitglieder nach

Diagramm 1.1

Einbezogene BKK Versicherte nach Versichertengruppen



¹ Bei den AU-Analysen der Mitglieder ohne Rentner bleiben neben den ALG-II-Empfängern die Wehr- und Zivildienstleistenden, Studenten und sonstige Gruppen unberücksichtigt.

Branchen kann der *Tabelle 4a im Anhang* entnommen werden.

Bei der Beschreibung der Arbeitsunfähigkeit stehen die beschäftigten BKK Pflichtmitglieder (5,01 Mio. Beschäftigte) bzw. die BKK Pflichtmitglieder insgesamt (5,20 Mio. einschließlich der ALG-I-Empfänger)² im Vordergrund. Die freiwillig Versicherten, die eine erheblich niedrigere Morbidität als die Gruppen der Pflichtversicherten aufweisen und deren Anzahl z.B. durch Kassenwechsel jahresweise stärkeren Schwankungen unterliegen kann, werden in die längerfristige Trendbeobachtung der Arbeitsunfähigkeit nicht eingeschlossen, wohl

aber in *Kapitel 2* gesondert betrachtet. Dort sind auch nach Mitglieder- bzw. Versichertengruppen differenzierte Ergebnisse zu finden.

Der Gesundheitsreport 2011 enthält einen systematischen Überblick über die Diagnosen bei ambulanter Behandlung sowie über die Verordnung von Arzneimitteln. Die Einbeziehung dieser Daten ergänzt die traditionelle Beschreibung des Krankenstandes um die Bereiche des Krankheitsgeschehens, welche die Nicht-Beschäftigten betreffen oder welche nicht unmittelbar mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Gleichwohl haben auch diese Erkrankungen eine

große Bedeutung für Wohlbefinden, Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Beschäftigten wie Nicht-Beschäftigten, wie in den *Kapiteln 1.2* und *1.3* deutlich wird. Datengrundlage für 2010 sind hier ambulante Diagnosen von 8,5 Mio. Versicherten sowie 88,8 Mio. Einzelverordnungen für 12,1 Mio. Versicherte.

Tabelle 1.1

**AU-Tage je einbezogenen BKK Versicherten
nach Versichertengruppen**

Versichertengruppe	AU-Tage
Pflichtmitglieder insgesamt	15,3
Arbeitslose (ohne ALG-II-Empfänger)	27,2
beschäftigte Pflichtmitglieder	14,8
freiwillige Mitglieder	4,0
beschäftigte freiwillige Mitglieder	5,6
beschäftigte Mitglieder insgesamt	13,9
alle Mitglieder, ohne Rentner	13,7

² ALG-II-Empfänger bleiben unberücksichtigt, da sie keinen Anspruch auf Krankengeld haben und somit kassenseitig i.d.R. keine diesbezüglichen Leistungsfälle (AU-Fälle) angelegt werden.

1.1 Die Entwicklung des Krankenstandes

Mit einem durchschnittlichen Krankenstand von 4,06% lagen 2010 die krankheitsbedingten Ausfälle um 0,12 Prozentpunkte über dem Wert des Vorjahres (3,94%). Die Fehlzeiten nahmen mit durchschnittlich 14,8 AU-Tagen (Arbeitsunfähigkeits-Tage = Kalendertage) je pflichtversicherten beschäftigten BKK Mitglied gegenüber den Vorjahren (2009: 14,4 AU-Tage, 2008: 13,4 AU-Tage) dementsprechend leicht zu. Damit setzt sich der seit 2006 nachweisbare, im Übrigen alle Kassenarten betreffende Trend in abgemilderter Form fort (s. *Diagramme 1.2 und 1.3*).

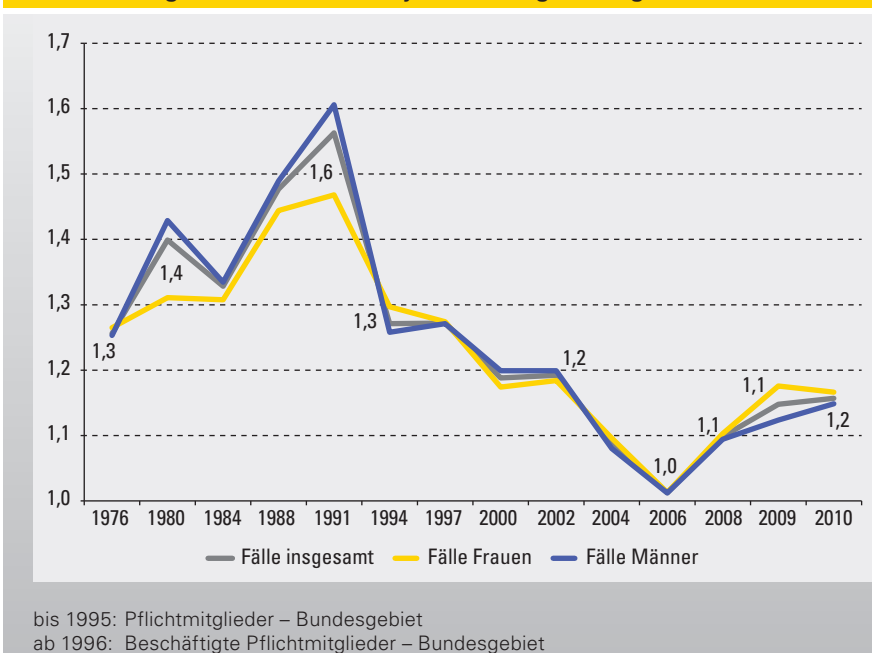
In der langfristigen Betrachtung wurden die höchsten Krankenstände der BKK Versicherten 1980 mit gut 7% (26 AU-Tage je Pflichtmitglied) und 1990 mit 6,8% (25 AU-Tage je Pflichtmitglied) erreicht. Seit Anfang der Neunzigerjahre hatten sich die Krankheitszeiten bis 2006 nahezu halbiert, als der niedrigste Wert des Krankenstandes in der über 30-jährigen Zeitreihe der BKK mit nur 3,4% (12,4 Krankheitstage) verzeichnet wurde. Eine Ursache für die Abnahme der AU-Zeiten bis 2006 dürfte im Beschäftigungsrückgang in dieser Zeit und den hiermit einhergehenden Selektionsprozessen zu jüngeren und gesünderen Belegschaften zu sehen sein.

Der in den letzten vier Berichtsjahren registrierte neuerliche Anstieg der Fehlzeiten hängt zum einen mit den unvermindert wirksamen demografischen Veränderungen zusammen. Zum anderen kommt aber auch der Wandel in der Arbeitswelt zum Tragen, unter dem sich beispielsweise das Spektrum der AU-Diagnosen bereits seit Jahren von Herz- und Kreislauferkrankungen auf muskuloskelettale Erkrankungen und besonders psychische Störungen verschiebt (vgl. *Abschnitt 1.1.2*). Die herkömmliche Erwartung, dass die Krankenstände in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheit sinken, trifft also in dieser Form nicht mehr zu.

Die Dynamik der Arbeitswelt betrifft insbesondere die Dienstleistungsbranchen mit ihren typischerweise eher niedrigen Krankenständen. So nahm vor allem die Beschäftigung in den Informations- und Wissensdienstleistungen zu, während sich die Zahl der Arbeitsplätze in den industriellen Fertigungen kontinuierlich

Diagramm 1.2

Arbeitsunfähigkeit seit 1976 (Fälle je beschäftigtes Mitglied)



verringerte. Das größere Gewicht der Dienstleistungsbranchen führt einerseits also zu einer Senkung des Krankenstands insgesamt. Andererseits machen sich mittlerweile die wachsenden Belastungen durch ständig steigende Leistungsanforderungen und -verdichtungen – verschlimmert durch die unsichere Wirtschaftslage – auch in technischen, wissenschaftlichen oder anderweitig spezialisierten Berufsgruppen bemerkbar. Die Sonderbeiträge dieses BKK Gesundheitsreports beschäftigen sich ausführlich mit diesem Thema. Der zukünftige Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung hängt folglich entscheidend von Qualität und Zusammenspiel der Arbeits- und Lebensverhältnisse ab (Work-Life-Balance; s. *Sonderbeitrag von Neid und Schweppenhäuser, S. 157 ff.*).

Auch der wachsende Frauenanteil an der Erwerbstätigkeit beeinflusst den allgemeinen Trend. 2010 fielen für ein männliches BKK Pflichtmitglied durchschnittlich 15,2 Krankheitstage an, bei den pflichtversicherten Frauen waren es – bedingt durch andere Beschäftigungsstrukturen – lediglich 14,5 Tage. Ein hoher Anteil (42,6%) der beschäftigten Frauen unter den BKK Mitgliedern sind als Angestellte in Dienstleistungsbranchen mit

branchentypisch eher niedrigen Krankenständen tätig, während dies nur für ein Drittel der Männer gilt. Die männlichen beschäftigten BKK Mitglieder arbeiten dagegen immer noch verbreitet gewerblich in der Industrie (39,9%), während nur 15,1% der Frauen als Arbeiterinnen ausgewiesen werden. Auf der anderen Seite bilden Männer in der Gruppe der einkommensstarken freiwillig Versicherten mit 83,1% eine große Mehrheit – mit äußerst niedrigen Krankenständen. Jeder sechste männliche Erwerbstätige ist freiwillig versichert, aber nur eine von 25 erwerbstätigen Frauen – ein Umstand, der zu großen Teilen dem fortbestehenden Verdienstunterschied zwischen Frauen und Männern geschuldet sein dürfte. Näheres zu den Morbiditätsunterschieden nach Versichertengruppen findet sich in *Kapitel 2.2*.

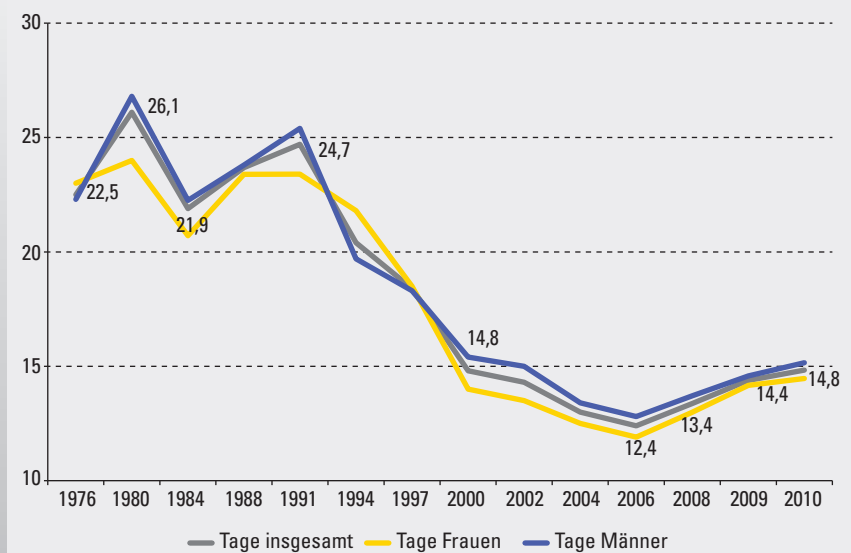
Ein weiterer Einflussparameter für den Krankenstand sind die Unternehmensgrößen. So fallen insbesondere in Klein- und Kleinstbetrieben deutlich niedrigere krankheitsbedingte Ausfälle an als in den größeren Unternehmen mit 200 und mehr Beschäftigten (vgl. *Diagramm 1.4*).

Bei den BKK Pflichtmitgliedern fielen wie schon in den Vorjahren auch 2010 im Osten wieder deutlich mehr AU-Tage an

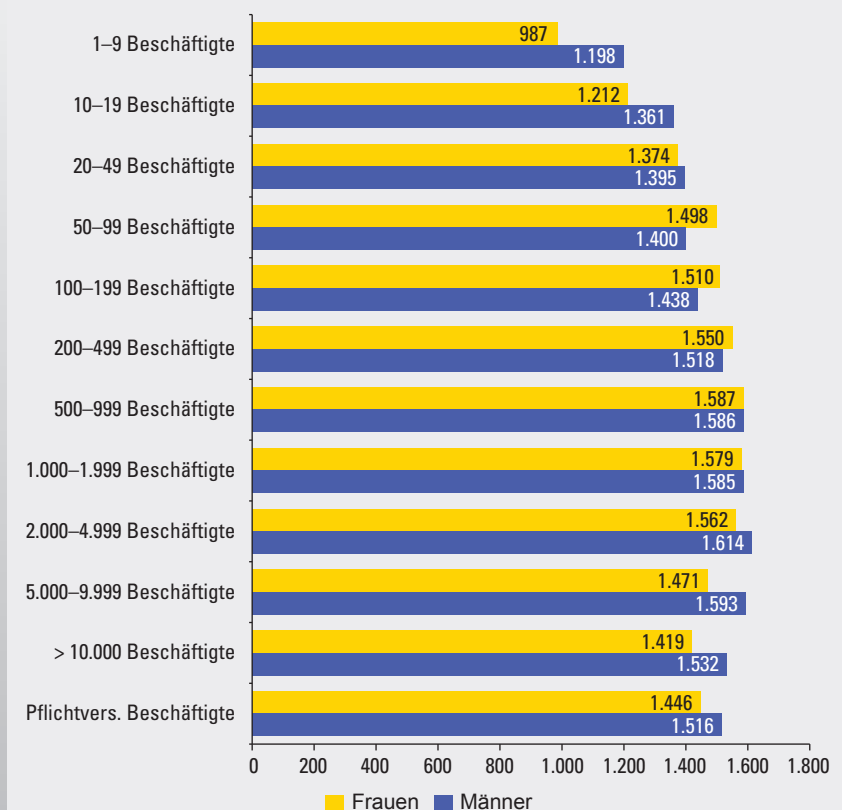
als im Westen (17,6 Tage im Osten, 15,0 Tage im Westen). Hiermit nahmen die Krankheitstage im Osten um knapp einen Tag und im Westen um gut einen halben Tag zu. Die Gründe liegen vor allem in den bei den Betriebskrankenkassen ungünstigeren Versichertenstrukturen in den neuen Bundesländern, die sich auch in erheblich längeren Falldauern von durchschnittlich 14,9 Tagen (13,2 im Westen) niederschlagen. Die durchschnittliche Falldauer fiel 2010 auch bundesweit mit 13,4 Tagen erneut höher aus als im Vorjahr (2009: 13,0 Tage).

Regionale Einflüsse bestimmen das Krankenstandsniveau ebenfalls in gewissem Umfang, allerdings weniger ausgeprägt als berufliche und soziale Faktoren. 2010 wurden für die Pflichtmitglieder in den östlichen Bundesländern die meisten Krankheitstage wieder in Brandenburg (18,3 AU-Tage je Pflichtmitglied) sowie in Sachsen-Anhalt (17,9 Tage) und Mecklenburg-Vorpommern (17,7 Tage) gemeldet. Im Westen stehen erneut Berlin (18,6 AU-Tage je Pflichtmitglied) und das Saarland (17,0 Tage) an den ersten Plätzen.

Die wenigsten, wenn auch gleichfalls ansteigenden Krankheitstage verzeichneten wie gewohnt Bayern mit 13,3 AU-Tagen (+0,1 AU-Tage) und Baden-Württemberg mit 13,8 AU-Tagen (+0,8 AU-Tage). Ähnlich wie 2009 zeigt sich eine bemerkenswerte Zunahme in Baden-Württemberg, in deren Konsequenz das Nachbarland nun die niedrigste Zahl an AU-Tage je Pflichtmitglied bundesweit erreichte. In den Jahren zuvor konnte in Baden-Württemberg das dort sehr niedrige Fehlzeiteniveau im Wesentlichen gehalten werden. Nähere Informationen zu den regionalen Verteilungen finden sich in Kapitel 4.

Diagramm 1.3**Arbeitsunfähigkeit seit 1976 (Tage je beschäftigtes Mitglied)**

bis 1995: Pflichtmitglieder – Bundesgebiet
ab 1996: Beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

Diagramm 1.4**Arbeitsunfähigkeit nach Betriebsgrößen**

AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2010

1.1.1 Entwicklung im Jahr 2011

Das *Diagramm 1.5* zeigt die aktuelle Krankenstandsentwicklung für einen Teil der erwerbstätigen BKK Pflichtmitglieder: Diese Daten werden in einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände ausgewertet. Die BKK Krankenstände ergeben in der ersten Jahreshälfte 2011 einen weitgehend ähnlichen Verlauf wie im Vorjahr. Erneut zeigt sich ein Maximum der Ausfallzeiten im Februar, insgesamt ist bis Mai ein annähernd paralleler Verlauf zu den Jahren 2009 und 2010 zu verzeichnen gewesen, wenn auch auf höherem Niveau als in den ersten Halbjahren 2009 und 2010 (im Vergleich zum 1. Halbjahr 2010 +0,3 Prozentpunkte). Im ersten Quartal 2011 liegt der Krankenstand sogar um 9,6% höher als im Vergleichszeitraum des Vorjahres (+0,4 Prozentpunkte). Gründe dafür sind besonders die um 14,6% höher liegenden infektiösen und parasitären Krankheiten, die um 24,7% erhöhten Atemwegserkrankungen sowie die um 13,5% erhöhten psychischen Erkrankungen. Im dritten Quartal 2011 liegen die BKK Krankenstände dagegen wieder auf gleicher Höhe wie im Vorjahr.

Die amtlichen Stichtagsergebnisse der GKV weisen ebenfalls für das erste Halbjahr 2011 eine steigende Tendenz auf. Danach hat der GKV-Krankenstand im ersten Halbjahr 2011 bei 4,0% gelegen, während er 2010 noch 3,6% betrug. Für das dritte Quartal 2011 fällt der Unterschied zum Vorjahr in der GKV-Statistik geringer aus (2011: 3,7%; 2010: 3,5%).

Während die amtlichen Krankenstandsstatistiken der GKV Stichtagsergebnisse darstellen (jeweils bezogen auf den Monatsersten, auf den teilweise Feiertage und Wochenende fallen), spiegelt die BKK Statistik das AU-Geschehen des gesamten Monats wider. Die ungleiche Verteilung der Krankmeldungen über die Wochentage – und die damit verbundene mögliche Fehlerwahrscheinlichkeit bei Stichtagserhebungen – ist aus dem *Diagramm 1.6* erkennbar. Die Zahl der AU-Tage, die auf einen Samstag oder Sonntag fallen, liegt unter den Werten für die übrigen Tage; dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass bei Neuerkrankung am Wochenende die AU-Bescheinigung in der Regel erst am Montag eingeholt wird. Die Jahresdurchschnitte aus der

amtlichen Statistik führen somit in der Regel zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Krankenstandes. Ein weiterer Unterschied ist, dass die amtliche Statistik auch die Krankmeldungen der Arbeitslosen umfasst, während in der Monatsstatistik der Betriebskranken-

kassen nur die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Erwerbstätigen enthalten sind.

Insgesamt scheint sich der langsam ansteigende Trend des Krankenstandes der letzten Jahre auch 2011 fortzusetzen.

Diagramm 1.5

BKK Krankenstände 2009–2011

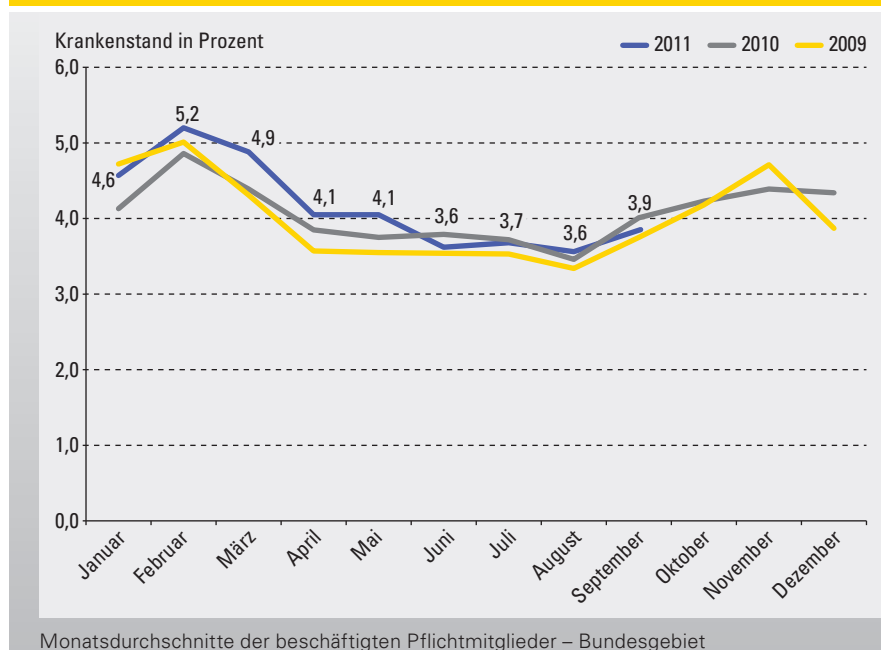
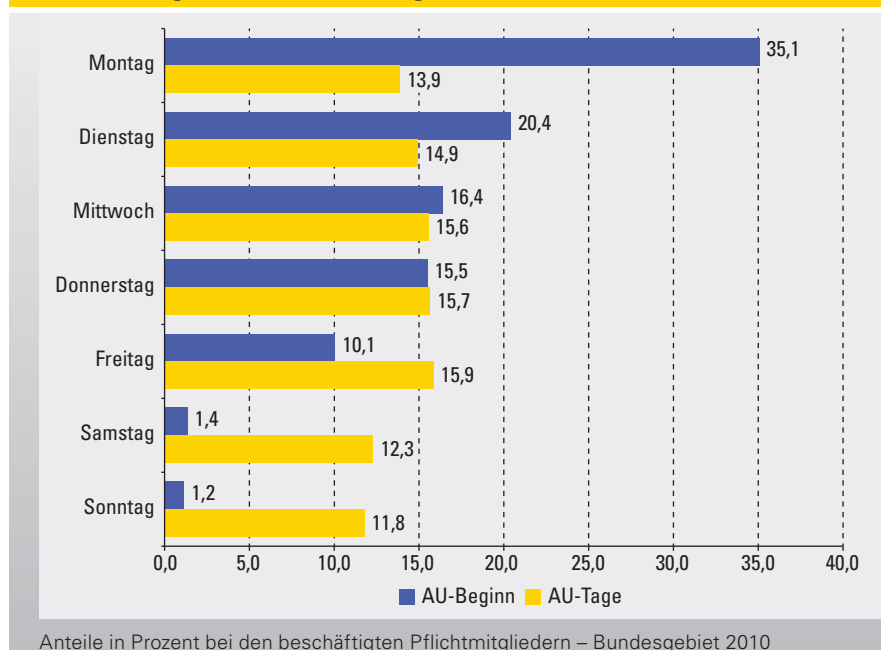


Diagramm 1.6

Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen



1.1.2 Spektrum der Krankheitsarten bei Arbeitsunfähigkeit

Sechs Krankheitsgruppen verursachen über drei Viertel (76,9%) aller Arbeitsunfähigkeitstage der erwerbstätigen Pflichtmitglieder (vgl. *Diagramm 1.7*). 2010 entfielen auf:

- Krankheiten des Muskel-Skelettsystems 26,6% (+1,2 Prozentpunkte [PP] gegenüber dem Vorjahr)
- Krankheiten des Atmungssystems 14,4% (-2,8 PP)
- Verletzungen und Vergiftungen 13,6% (+0,1 PP)
- Psychische Störungen 12,0% (+1,3 PP)
- Krankheiten des Verdauungssystems 5,8% (-0,3 PP)
- Krankheiten des Kreislaufsystems 4,5% (+0,1 PP).

Gegenüber dem Vorjahr fällt als deutlichster Unterschied die Abnahme der Atemwegserkrankungen im Jahr 2010 auf. Atemwegserkrankungen bilden zwar fast ein Drittel der AU-Fälle (28,2%), stehen aber mit „nur“ 14,4% der AU-Tage erst an zweiter Stelle hinter den deutlich länger dauernden Erkrankungen des Bewegungsapparates. Damit fiel der Anteil der Atemwegserkrankungen an den Fehlzeiten je beschäftigten Pflichtmitglied auch unter die Werte der Jahre 2007 und 2008 (15,7%).

Die Anteile der Muskel- und Skeletterkrankungen erreichten demgegenüber wieder die Höhe der Jahre 2007 und 2008. Ein leichter, aber fortgesetzter Abwärtstrend war bei den Erkrankungen des Verdauungssystems zu verzeichnen, während die psychischen Erkrankungen auch in diesem Berichtsjahr wieder mit bedenklicher Konstanz zunahmen. Ihr Anteil erhöhte sich um 1,3 Prozentpunkte.

Bei der längerfristigen Betrachtung werden die bereits angesprochenen Änderungen im Krankheitsspektrum deutlich, im *Diagramm 1.8* dargestellt für alle Pflichtmitglieder (inkl. Arbeitslose). Während 1976 durchschnittlich weniger als vier AU-Tage auf Muskel- und Skeletterkrankungen entfielen, erreichte diese Diagnosegruppe 1991 fast acht AU-Tage und nahm damit einen dominierenden Anteil von über 30% am Krankheitsgeschehen ein. Im vergangenen Jahrzehnt verringerte sich zwar der Anteil dieser Krankheitsursachen wieder mit dem Wandel der Beschäftigungsstrukturen, dennoch bilden die Muskel- und Skelett-leiden – hierunter überwiegend Rückenerkrankungen – weiterhin mit über einem Viertel der Krankheitstage die gewichtigste Krankheitsgruppe bei Arbeitsunfähigkeit. Die hierdurch verur-

sachten Fehlzeiten haben sich in den letzten zehn Jahren bei etwa vier AU-Tagen je BKK Pflichtmitglied (inkl. Arbeitslose) eingependelt.

Die Atemwegserkrankungen bilden die zweitwichtigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit, wobei ihre jeweiligen Anteile an den AU-Tagen von Jahr zu Jahr schwanken und stark durch die jahresspezifischen Ausprägungen der „Wintereffekte“ bestimmt werden können.

Besonders erwähnenswert ist die seit Beginn der Statistik 1976 stark rückläufige Bedeutung der Verdauungserkrankungen, deren relativer Anteil nach AU-Tagen in diesem Zeitraum um mehr als die Hälfte geschrumpft ist (1976: 13,1%; 2010: 5,8%). Diese Erkrankungen verursachten 1976 bis 1980 rund drei AU-Tage je Pflichtmitglied, heute sind es nur noch 0,9 AU-Tage. Deutlicher noch sind die Krankheitstage durch Herz- und Kreislauferkrankungen von 2,8 auf 0,7 Tage zurückgegangen; ihr Anteil an den Krankheitstagen hat sich um fast zwei Drittel reduziert (1976: 12,4%; 2010: 4,5%).

Während die bis Ende der Achtzigerjahre dominierenden Krankheitsgruppen – Muskel-/Skelett-, Atemwegs-, Herz-/Kreislauf- und Verdauungserkran-

Diagramm 1.7

Die häufigsten Krankheitsarten

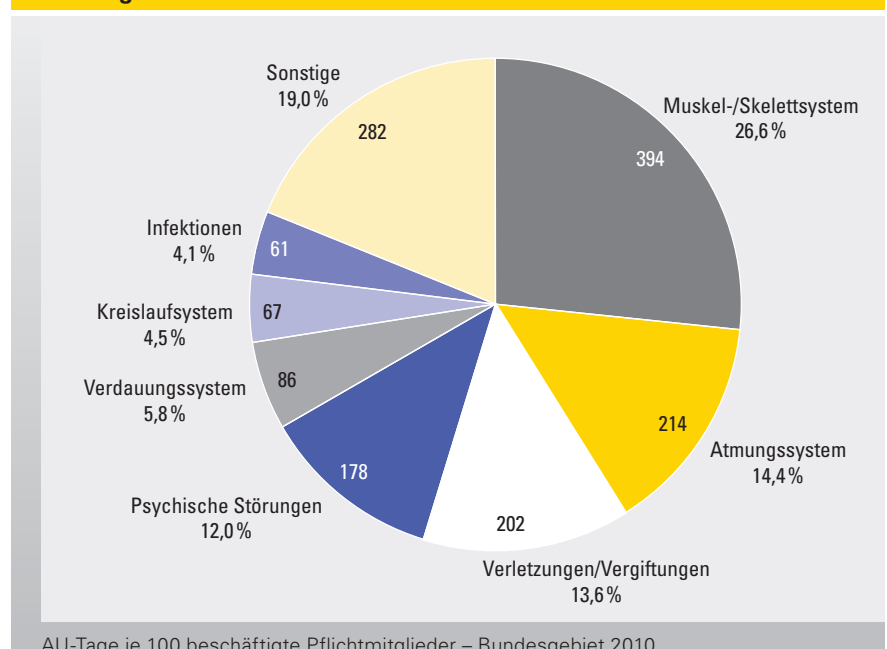
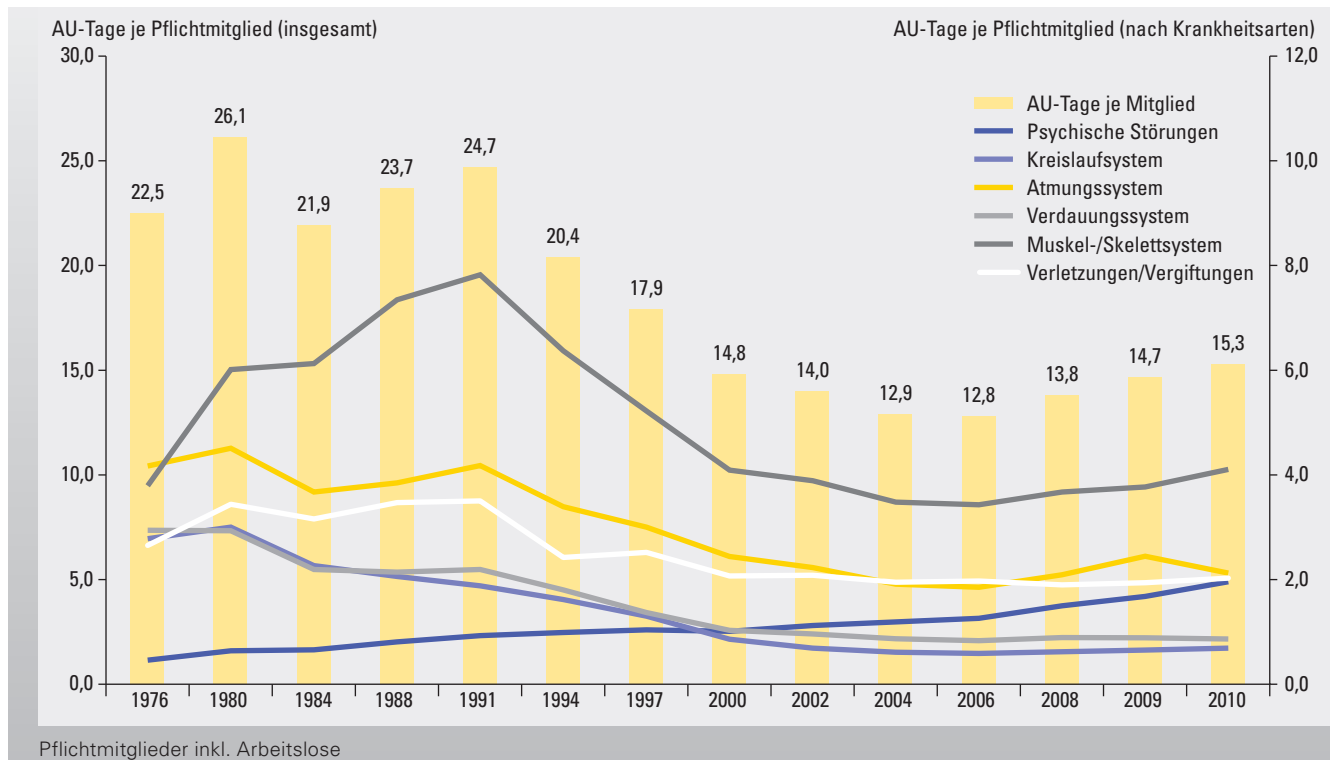


Diagramm 1.8

Arbeitsunfähigkeit und Krankheitsarten – Trends seit 1976



kungen – insgesamt in den folgenden zwanzig Jahren zunehmend weniger Fehltag verursachen, ist die Bedeutung der psychischen Störungen kontinuierlich gewachsen. Die hierdurch ausgelösten Krankheitstage haben sich bei den BKK Pflichtmitgliedern insgesamt (einschließlich Arbeitslose) von 1976 bis 2010 mehr als vervierfacht, bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern mehr als verfünffacht. Heute bilden die psychischen Erkrankungen die viertwichtigste Krankheitsgruppe nach AU-Tagen, während sie Anfang der Neunzigerjahre nur den siebten Rang einnahmen und vorher nahezu bedeutungslos waren. Bei den Frauen steht diese Krankheitsursache mit 15,5% der AU-Tage sogar gleichauf mit den Atemwegserkrankungen an zweiter Stelle – bei Männern mit 9,0% auf dem vierten Platz. *Kapitel 2* geht ausführlicher auf geschlechtsspezifische Differenzen bei

Krankheiten ein, die eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen.

Zusammenfassend wirken vier Hauptkomponenten bei den bisher beschriebenen Veränderungen im Krankheitsspektrum bei Arbeitsunfähigkeit mit:

- veränderte Beschäftigungsstrukturen durch Verlagerung hin zu Dienstleistungstätigkeiten
- zunehmende Frauenerwerbstätigkeit
- wachsender Leistungsdruck bei zunehmender Arbeitsplatzunsicherheit
- Selektionseffekte am Arbeitsmarkt bei hoher Arbeitslosigkeit

Die versorgungspolitisch bedeutsamste Entwicklung betrifft zweifellos das ungebrochene Anwachsen der psychischen Störungen als Krankheitsursache. Zum einen werden diese Krankheiten heut-

zutage in der ärztlichen Praxis erkennbar häufiger als früher diagnostiziert und behandelt, zum anderen nehmen unter den heutigen Arbeitsverhältnissen die psychischen Stressfaktoren bei zunehmenden Leistungsanforderungen, einer ständigen Arbeitsverdichtung und -entgrenzung, häufig noch verbunden mit der Sorge um den Arbeitsplatz, zu (s. *Sonderbeitrag von Bruch und Kowalevski, S. 62 ff.*). Dieser Entwicklung angemessen zu begegnen, ist eine Herausforderung gleichermaßen für die Akteure im Gesundheitswesen wie für Arbeitgeber und Beschäftigte.

1.1.3 Merkmale des Krankenstandes – Diagnosen und Falldauern

Für Krankenstandsanalysen ist die Betrachtung der Erkrankungsduern und ihrer Anteile am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen aufschlussreich. Die durchschnittlichen Falldauern einer Arbeitsunfähigkeit variieren naturgemäß mit der Art der zugrunde liegenden Krankheit.

Während Infektionen, Atemwegs- und Verdauungserkrankungen nur eine durchschnittliche AU-Dauer von etwa einer Woche aufwiesen, dauerten Fälle mit Herz- und Kreislauferkrankungen (20,6 Tage), Muskel- und Skeletterkrankungen sowie Verletzungen mit rund 20 Krankheitstagen je Fall im Mittel deutlich länger. Wesentlich längere Krankheitszeiten verursachten die Neubildungen (Tumorerkrankungen) mit einer durchschnittlichen Falldauer von 36,3 Tagen und die psychischen Störungen mit 35,2 Krankheitstagen je Fall. Diese Werte beziehen sich auf die beschäftigten Pflichtmitglieder, für Arbeitslosengeldempfänger fallen gerade bei chronischen Erkrankungen noch deutlich längere Krankheitsdauern an (vgl. *Tabelle 2 im Anhang*).

Die mit längeren AU-Dauern einhergehenden Diagnosegruppen dominieren

erwartungsgemäß auch die Krankheitsbilder bei Krankengeldleistungen (vgl. *Diagramm 1.9*). So wurden bei den beschäftigten Pflichtmitgliedern die meisten Krankengeldtage durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht (31,0%, –0,3 PP im Vergleich zum Vorjahr), gefolgt von den psychischen Erkrankungen (19,8%, +1,8 PP) und den Verletzungen (14,5%, –1,0 PP). Mit einigem Abstand aufgrund der geringeren Fallhäufigkeiten folgten Neubildungen (7,6%, –0,3 PP) sowie Herz- und Kreislauferkrankungen (6,0%, unverändert). Alleine durch diese fünf Krankheitsgruppen wurden 78,9% aller Krankengeldtage ausgelöst.

Für mehr als jeden vierten Arbeitsunfähigkeitstag (29,3% der AU-Tage) der beschäftigten BKK Pflichtmitglieder fielen 2010 Krankengeldleistungen an. Im Vorjahr lag der Anteil bei nur 27,1% der AU-Tage insgesamt.

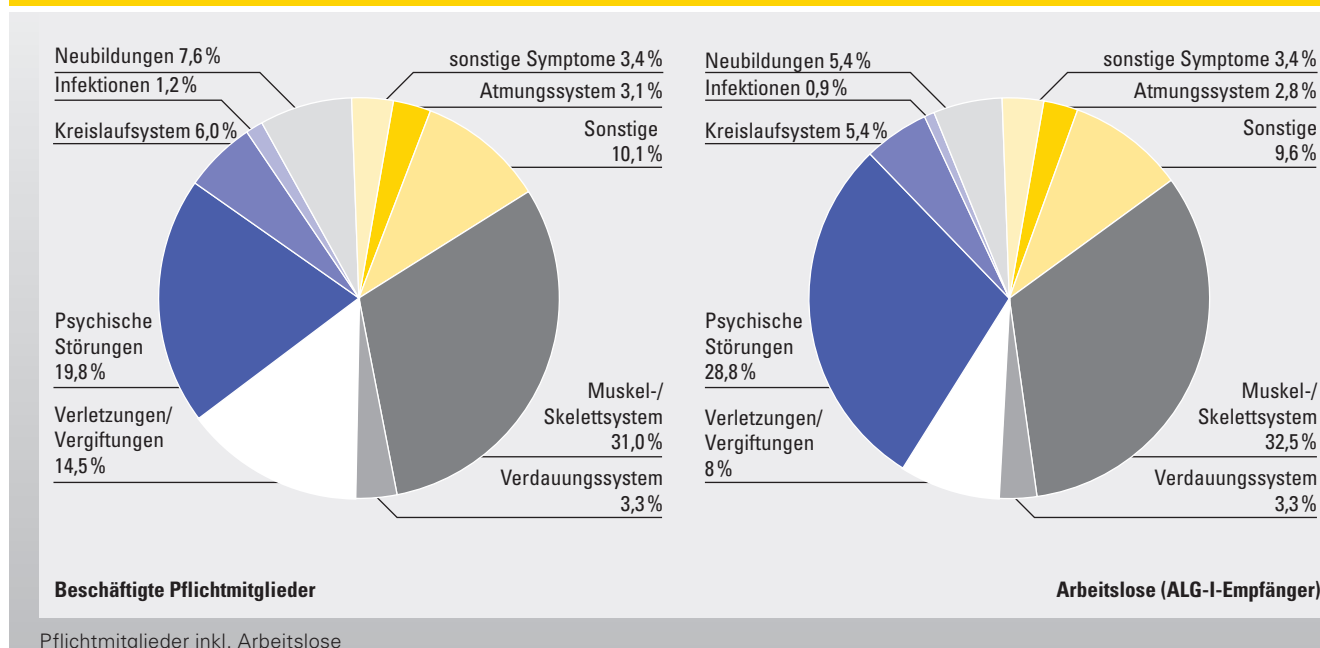
Bei Arbeitslosen fallen sowohl mehr Arbeitsunfähigkeits- als auch mehr Krankengeldtage an. Im Vergleich zu allen Beschäftigten meldeten ALG-I-Empfänger³ mit insgesamt 27,2 Krankheitstagen fast doppelt so viele AU-Tage bzw. im Ver-

gleich nur zu den beschäftigten Pflichtmitgliedern immerhin noch 83,4% mehr Arbeitsunfähigkeitstage (vgl. *Kapitel 2.2*). Davon war im Durchschnitt jeder zweite Tag (50,6%) mit Krankengeldzahlungen verbunden – annähernd doppelt so viele wie bei allen Beschäftigten insgesamt (29,1%). Beachtenswert ist zudem, dass fast ein Drittel der Krankengeldtage (28,8%) von ALG-I-Empfängern durch psychische Störungen verursacht wurde (bei beschäftigten Pflichtmitgliedern: 19,8%). Wie bei den Fehlzeiten ist für die Krankengeldtage seit einigen Jahren wieder eine Zunahme zu verzeichnen.

In den Diskussionen zum betrieblichen Krankenstand werden häufig die kürzeren Arbeitsunfähigkeitsfälle thematisiert, weil sie vordergründig einen hohen Anteil der Fälle ausmachen. Der Anteil der gemeldeten Arbeitsunfähigkeitsfälle bis zu einer dreitägigen Dauer erreichte 2010 mit 35,8% wieder einen etwas höheren Stand als im Vorjahr (2009: 34,5%, 2008: 35,5%). Auch unter Berücksichtigung einer Untererfassung – nicht alle Kurzzeitfälle werden den Krankenkassen gemeldet – ist der Einfluss dieser Fälle auf den Krankenstand insgesamt aufgrund der

Diagramm 1.9

Krankengeldtage nach Krankheitsgruppen



³ Hier sind nur die ALG-I-Empfänger zu betrachten, da nur diese krankengeldberechtigt sind und in der AU-Statistik geführt werden.

nur kurzen Dauern moderat: Trotz ihrer Häufigkeit machen diese Fälle lediglich 5,7% der gemeldeten Fehlzeiten aus (vgl. *Diagramm 1.10 und Tabelle 8 im Anhang*). Betrachtet man die Kurzzeitfälle gemeinsam mit Krankheitsepisoden bis zu der Dauer von einer Woche, so umfassen diese zwei Drittel aller Fälle nur 17,5% der krankheitsbedingten Fehltag.

Die Höhe des Krankenstandes insgesamt wird dagegen maßgeblich durch die Langzeitfälle bestimmt. So machten die Fälle mit über sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit 2010 zwar nur 4,2% aller Fälle aus, verursachten jedoch 45,5% der Arbeitsunfähigkeitstage. Die Bedeutung der Langzeit-Erkrankungen für den Krankenstand zeigt sich auch in den versichertenbezogenen Krankheitstagen (vgl. *Diagramm 1.11*): So verursachte 2010 das obere Zehntel der beschäftigten Pflichtmitglieder mit den meisten Ausfalltagen alleine rund 66% aller Arbeitsunfähigkeitstage, auf 20% der erwerbstätigen Pflichtmitglieder konzentrierten sich bereits rund 80% aller Arbeitsunfähigkeitstage.

42,0% der beschäftigten Pflichtmitglieder hatten 2010 gar keine AU-Bescheinigung vorgelegt. Fast zwei Drittel (65,2%) der beschäftigten Pflichtmitglieder verzeichneten keinerlei oder nur geringfügige Krankheitsausfälle bis zu maximal sieben AU-Tagen im gesamten Jahr. Entsprechend blieben umgekehrt 34,8% der pflichtversicherten Beschäftigten mehr als eine Woche im Jahresverlauf krankheitsbedingt der Arbeit fern. Nachdem sich der Personenkreis mit längeren Krankheitszeiten (von mehr als sechs Wochen im Jahr) in der ersten Hälfte des Jahrzehnts kontinuierlich verringert hatte (2001: 8%, 2003: 6,7%, 2005: 6,2% der beschäftigten Pflichtmitglieder), ist dieser Anteil inzwischen wieder steigend (2007: 6,4%, 2009: 7%, 2010: 7,6%).

Diagramm 1.10

Arbeitsunfähigkeit nach Dauer

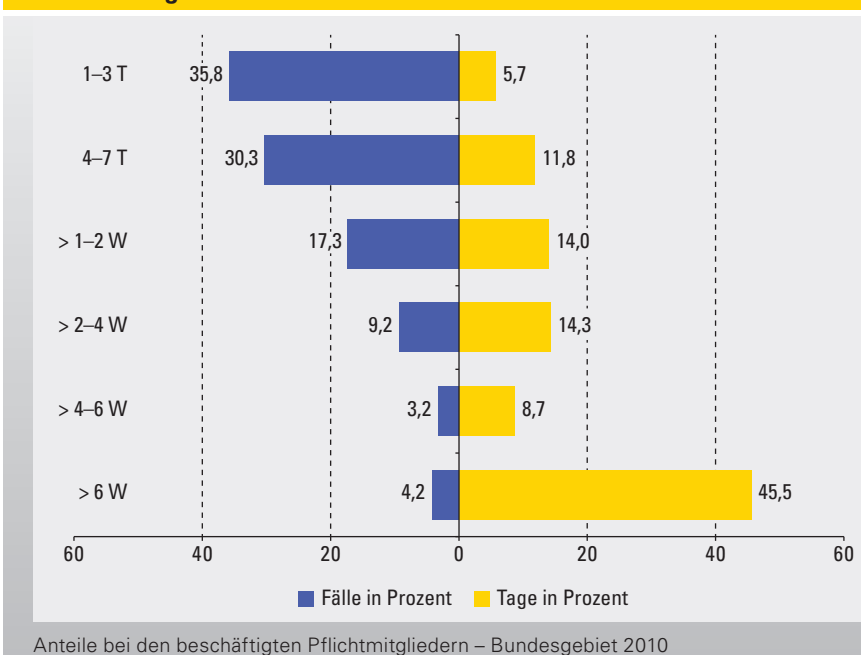
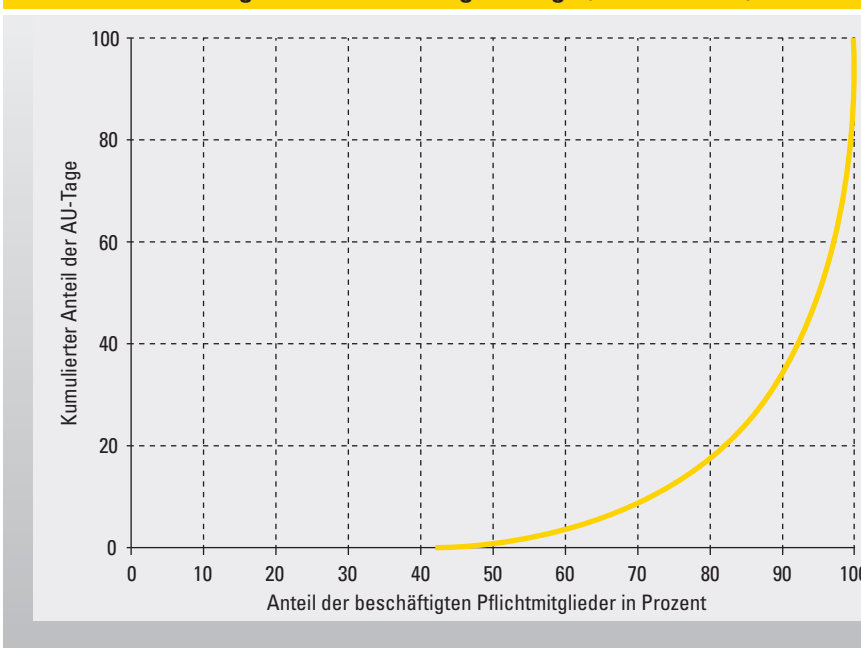


Diagramm 1.11

Personelle Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage (Lorenz-Kurve)



1.2 Ambulante ärztliche Versorgung

Die Analyse der Fehlzeiten beschreibt das Krankheitsgeschehen der Versicherten mit Erwerbstätigkeit. Ergänzend hierzu werden in diesem Kapitel die in der ambulanten ärztlichen Behandlung dokumentierten Diagnosen betrachtet. Damit wird nun der Blick auf alle Versicherten gerichtet und auch das Krankheitsgeschehen der noch nicht erwerbstätigen Kinder und Jugendlichen sowie der Erwachsenen im Rentenalter beleuchtet.

Die Daten beziehen sich auf die ambulanten Diagnosen von 8,5 Millionen BKK Versicherten aus dem Jahr 2010. Zu Vergleichszwecken werden auch die Daten des Jahres 2005 dargestellt sowie Bezug auf die Daten des Vorjahres 2009 genommen. Die ambulant-ärztlichen Versorgungsdaten liegen den Krankenkassen erst seit 2004 vor. In diesem Zusammenhang geht es nicht um die Darstellung des vollständigen ambulanten Abrechnungsgeschehens (Fallzahlen,

Ausgaben, Arztkontakte, Arztgruppen etc.), sondern um die in der ambulanten Versorgung erkennbaren Verteilungen der Krankheitslasten unter soziodemografischen Gesichtspunkten.

Im Jahr 2010 waren 89,2% der BKK Versicherten in ambulant-ärztlicher Behandlung. Dies entspricht einem Rückgang von 0,1 Prozentpunkten im Vergleich zu 2009. Im Vergleich zu 2005 ist jedoch ein Anstieg von 0,6 Prozentpunkten (2005: 88,6%) zu verzeichnen. Bei den weiblichen Versicherten konsultierten 92,8% 2010 einen niedergelassenen Arzt, während bei den männlichen Versicherten „nur“ 85,5% in ärztlicher Behandlung waren. Nach Altersgruppen betrachtet waren Versicherte ab 65 Jahren mit 95,0% am häufigsten in ärztlicher Behandlung; bei den unter 20-jährigen waren es 91,4% und bei den 20- bis unter 65-jährigen waren es 87,2%. Arbeitslose konsultierten mit 76,3% wesentlich

seltener einen niedergelassenen Arzt als beschäftigte Mitglieder mit 87,4%.

Im Folgenden werden die häufigsten ambulanten Diagnosen betrachtet. Dabei wird dargestellt, wie viel Prozent der BKK Versicherten eine bestimmte Diagnose mindestens einmal innerhalb des Jahres erhalten haben – getrennt nach Geschlecht und über verschiedene Altersklassen hinweg. Zudem werden Unterschiede zwischen beschäftigten Mitgliedern und Arbeitslosen dargestellt.

1.2.1 Ambulante Diagnosen nach Alter und Geschlecht

Über alle Altersklassen hinweg betrachtet (vgl. *Tabelle 1.2*) bildeten im Jahr 2010 *Rückenschmerzen (M54)* die häufigste ambulante Diagnose: 23,3% aller Versicherten haben im Laufe des Jahres 2010 diese Diagnose erhalten (Männer 21,0%; Frauen 25,6%). 2005 betrug der Anteil noch 22,0%. Den zweithäufigsten Anlass für einen Arztbesuch bildeten mit 23,0% aller Versicherten die präventiven *Untersuchungen auf Neubildungen (Z12)*. Entsprechend dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen nutzten Frauen wesentlich häufiger Krebsfrüherkennungsmaßnahmen als Männer: 38,8% der versicherten Frauen, aber nur 6,7% der Männer nahmen 2010 zumindest eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch. Die Inanspruchnahme hat sich

im Vergleich zu 2005 mit 18,4% (+4,6 PP) gesteigert. Auch *Impfungen (Z25, Z26, Z27)* und *Allgemeinuntersuchungen bei Personen ohne Beschwerden (Z00)* als präventive Maßnahmen waren häufige Anlässe für einen Arztbesuch: 10,4% (Z25) bzw. 5,7% (jeweils Z26 und Z27) und 15,2% (Z00) der Versicherten waren 2010 deswegen beim Arzt.

Die *essentielle Hypertonie (I10)* mit 21,9% bildete 2010 in der Gesamtschau den dritten Rang. Hierbei waren vor allem Versicherte ab 65 Jahren betroffen. Weitere Anlässe für einen Arztbesuch bildeten in allen Altersklassen *Akkommodationsstörungen (H52)* mit 18,6% und *Störungen des Lipidstoffwechsels (E78)* mit 16,2%.

8,5% der Versicherten wurden 2010 wegen einer *depressiven Episode (F32)* behandelt. Im Vergleich zu 2005 (6,6%) ist ein Anstieg um 1,9 Prozentpunkte zu verzeichnen. Besonders betroffen sind hier weibliche Versicherte ab 65 Jahren. Bei ihnen waren 19,0% wegen depressiver Episoden in ärztlicher Behandlung. Bei Männern gleichen Alters waren es nur 8,9%. Auch die *somatoformen Störungen (F45)* als weitere psychische Erkrankungsgruppe waren mit 8,1% der Versicherten häufig vertreten. Hier war gegenüber 2005 (7,4%) ein Anstieg von 0,7 Prozentpunkten zu verzeichnen. Auf psychische Erkrankungen geht auch der *Sonderbeitrag von Gräf et al.* zum Jahresthema „Zukunft der Arbeit“ auf *Seite 162 ff.* ein.

Bei Frauen (vgl. *Tabelle 1.3*) war die häufigste Diagnose bzw. Anlass für einen Arztbesuch, wie oben bereits erwähnt, die speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen mit 38,8%. Das ist gegenüber dem Vorjahr 2009 ein Anstieg um 0,8 Prozentpunkte, im Vergleich zu 2005 sogar um 5,6 Prozentpunkte. Zweithäufigste Diagnose bei Frauen, die 31,3% erhielten, waren 2010 Maßnahmen zur *Empfängnisverhütung* (Z30). Auch verschiedene *gynäkologische Beschwerden* (N89, N94, N76) und *Wechseljahrsbeschwerden* (N95) finden sich mit 24,1%, 9,8%, 8,7% und 12,2% der Versicherten bei den häufigen Gründen für Arztbesuche. Den dritten Platz bei Frauen bildeten 2010 *Rückenschmerzen* (M54). Mit einem Anteil von 25,6% waren 2010 über ein Viertel der weiblichen Versicherten wegen Rückenschmerzen in Behandlung.

Mit 22,0% der versicherten Frauen bildete die *essentielle Hypertonie* (I10) die fünfthäufigste Diagnose. Gegenüber 2005 ist das ein Anstieg von 4,2 Prozentpunkten. Auch die Verbreitung der *Adipositas* (E66) nimmt zu: Hatten 2005 noch 8,4% der Frauen diese Diagnose erhalten, so waren es 2010 bereits 9,4%. Besonders betroffen sind hier Frauen ab 65 Jahren mit 15,7%.

Auch bei den Männern (vgl. *Tabelle 1.4*) stieg die Gruppe mit *Adipositas* als Diagnose um einen Prozentpunkt an: Während 2005 5,7% der Männer die Diagnose erhielten, waren es 2010 6,7% der Männer. Wie auch bei den Frauen sind hier vor allem die ab 65-jährigen betroffen mit 12,7%. Die ambulante Diagnose, von der 2010 der größte Anteil der männlichen Versicherten betroffen war, war die *essentielle Hypertonie*

(I10) mit 21,9%. Dies entspricht einem Zuwachs von 4,5 Prozentpunkten im Vergleich zu 2005 (17,4%). *Rückenschmerzen* (M54) waren bei Männern 2010 die zweithäufigste Diagnose mit 21,0% der Versicherten. Auch hier ist gegenüber 2005 ein Anstieg zu beobachten (+1,3 PP). Mit 16,8% Betroffenen dritthäufigste Diagnose bei Männern waren 2010 die *Störungen des Lipidstoffwechsels* (E78).

Auch weitere chronische Erkrankungen finden sich bei den häufigsten Diagnosen bei männlichen Versicherten: *Diabetes mellitus Typ 2* (E11) mit einem Anteil von 6,6% und *Asthma bronchiale* (J45) mit 6,2%.

Tabelle 1.2

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 alle BKK Versicherten

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in%	Anteile 2005
M54	Rückenschmerzen	1.976.168	23,3	22,0
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.949.065	23,0	18,4
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	1.859.350	21,9	17,6
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	1.577.038	18,6	17,7
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	1.370.255	16,2	14,0
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.358.504	16,0	15,1
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	1.343.486	15,8	17,7
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	1.292.916	15,2	10,7
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.036.864	12,2	11,6
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	881.186	10,4	11,3
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	806.853	9,5	10,1
F32	Depressive Episode	717.666	8,5	6,6
E66	Adipositas	684.168	8,1	7,1
F45	Somatoforme Störungen	683.382	8,1	7,4
J20	Akute Bronchitis	659.611	7,8	10,7
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	658.956	7,8	6,8
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	656.433	7,7	7,9
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	649.703	7,7	7,4
D22	Melanozytennävus	598.015	7,1	4,6
M47	Spondylose	595.025	7,0	5,1

Tabelle 1.3

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010**Frauen – alle Altersgruppen**

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.667.026	38,8	33,2
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.345.624	31,3	29,8
M54	Rückenschmerzen	1.099.246	25,6	24,3
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	1.036.094	24,1	23,0
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	944.287	22,0	17,8
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	897.463	20,9	20,0
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	696.027	16,2	18,2
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	683.821	15,9	11,3
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	667.300	15,5	13,5
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	575.311	13,4	14,5
N95	Klimakterische Störungen	524.837	12,2	11,4
F32	Depressive Episode	490.524	11,4	9,4
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	485.208	11,3	12,3
F45	Somatoforme Störungen	472.385	11,0	10,6
E04	Sonstige nichttoxische Struma	438.718	10,2	10,4
N94	Schmerz u. and. Zustände im Zusammenhang mit d. weibl. Genitalorg. u. d. Menstruationszyklus	421.659	9,8	10,9
E66	Adipositas	404.150	9,4	8,4
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	399.196	9,3	9,5
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	380.851	8,9	7,8
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	373.066	8,7	13,5

Tabelle 1.4

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010**Männer – alle Altersgruppen**

Häufigste Diagnosen (alle Altersgruppen)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	915.063	21,9	17,4
M54	Rückenschmerzen	876.922	21,0	19,7
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	702.954	16,8	14,6
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	679.575	16,3	15,4
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	647.459	15,5	17,2
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	609.095	14,6	10,0
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	395.978	9,5	10,2
J20	Akute Bronchitis	324.094	7,8	10,5
N40	Prostatahyperplasie	311.139	7,4	6,1
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	303.830	7,3	7,0
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	282.038	6,7	3,5
E66	Adipositas	280.018	6,7	5,7
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	278.105	6,7	5,8
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	275.466	6,6	5,4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	269.085	6,4	8,0
L30	Sonstige Dermatitis	264.876	6,3	6,7
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	263.738	6,3	7,4
J45	Asthma bronchiale	257.845	6,2	5,5
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	257.237	6,2	6,2
M47	Spondylose	256.210	6,1	4,5

Tabelle 1.5

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010

Frauen – 65 Jahre und älter

Häufigste Diagnosen (65 Jahre und älter)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	485.208	69,7	63,8
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	324.493	46,6	42,4
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	277.613	39,9	37,0
M54	Rückenschmerzen	260.706	37,5	36,4
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	222.966	32,0	33,7
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	206.194	29,6	22,0
N95	Klimakterische Störungen	171.486	24,6	22,3
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	162.955	23,4	21,6
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	158.449	22,8	21,3
I83	Varizen der unteren Extremitäten	144.438	20,8	20,3
M47	Spondylose	138.312	19,9	15,4
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	138.021	19,8	19,3
H26	Sonstige Kataraktformen	134.371	19,3	17,3
F32	Depressive Episode	132.221	19,0	17,5
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	129.922	18,7	14,1
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	127.618	18,3	23,9
E04	Sonstige nichttoxische Struma	121.057	17,4	16,1
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	119.919	17,2	18,7
H25	Cataracta senilis	119.163	17,1	17,1
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	116.618	16,8	11,3

Versicherte im Rentenalter
(65 Jahre und älter)

Bei den BKK Versicherten im Rentenalter (ab 65 Jahre) steht sowohl bei Frauen als auch bei Männern mit der *essentiellen Hypertonie (I10)* eine chronische Erkrankung auf Platz eins: 69,7% der weiblichen (vgl. *Tabelle 1.5*) und 66,6% der männlichen Versicherten (vgl. *Tabelle 1.6*) erhielten 2010 diese Diagnose. 2005 lag der Anteil noch bei 63,8% bzw. 59,3%. Auch Platz zwei und drei sind bei Männern und Frauen ab 65 Jahren identisch: 46,6% der Frauen und 46,2%

der Männer litten 2010 unter *Störungen des Lipidstoffwechsels (E78)*; bei 39,9% der Frauen und 36,9% der männlichen Versicherten wurde eine *Akkommodationsstörung* bzw. ein *Refraktionsfehler der Augen (H52)* diagnostiziert.

Bei Frauen ab 65 Jahren sind *Rückenschmerzen (M54)* die vierthäufigste Diagnose mit 37,5% Betroffenen in dieser Altersgruppe. Auch bei Männern stehen Rückenschmerzen mit 31,2%

weit oben auf der Diagnosen-Skala. Die vierthäufigste Diagnose bei Männern dieser Altersklasse ist mit einer Häufigkeit von 34,2% der Versicherten die *Prostatahyperplasie (N40)*. In den vergangenen fünf Jahren ist die Quote von 32,0% im Jahr 2005 um 2,2 Prozentpunkte gestiegen.

Auch bei den ab 65-Jährigen bilden die präventiven Leistungen häufige Anlässe zum Arztbesuch. Dazu zählten im Jahr

Tabelle 1.6

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010
Männer – 65 Jahre und älter

Häufigste Diagnosen (65 Jahre und älter)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	381.109	66,6	59,3
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	264.765	46,2	41,7
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	211.141	36,9	33,8
N40	Prostatahyperplasie	195.734	34,2	32,0
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	180.330	31,5	33,5
M54	Rückenschmerzen	178.701	31,2	30,4
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	159.954	27,9	30,7
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]	148.646	26,0	23,0
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	108.027	18,9	11,9
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	102.984	18,0	18,9
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	102.584	17,9	12,4
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	94.364	16,5	16,0
H26	Sonstige Kataraktformen	94.007	16,4	14,0
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	93.036	16,3	14,5
M47	Spondylose	90.803	15,9	12,3
H25	Cataracta senilis	88.413	15,4	14,6
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	85.015	14,9	16,0
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	79.595	13,9	9,9
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	73.264	12,8	14,5
E66	Adipositas	72.450	12,7	11,1

2010 *Impfungen gegen einzelne Viruskrankheiten* (Z25; Frauen 32,0%, Männer 31,5%), *Untersuchungen auf Neubildungen* (Z12; Frauen 29,6%, Männer 18,9%) und *Allgemeinuntersuchungen* (Z00; Frauen 16,8%, Männer 17,9%).

Frauen dieser Altersklasse wird zudem häufig eine *Osteoporose* (M81) festgestellt: 19,8%, also knapp ein Fünftel aller ab 65-Jährigen, erhielten 2010 diese Diagnose.

Auch die (altersbedingte) *Arthrose des Kniegelenkes* (M17) zählt zu den Diagnosen, die BKK Versicherte im Rentenalter häufig erhalten. Bei Frauen sind 23,4%, bei Männern 16,3% betroffen. Bei

Tabelle 1.7

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010

Frauen – 20 bis unter 65 Jahre

Häufigste Diagnosen (20 bis unter 65 Jahre)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.444.159	52,3	46,0
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	1.210.135	43,8	40,6
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	903.363	32,7	31,1
M54	Rückenschmerzen	800.323	29,0	28,1
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	456.882	16,6	13,8
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	456.730	16,6	16,6
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	416.220	15,1	16,0
J06	Akute Infektionen a. mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	402.119	14,6	14,8
F45	Somatoforme Störungen	357.038	12,9	12,9
N95	Klimakterische Störungen	353.228	12,8	12,8
F32	Depressive Episode	350.188	12,7	10,5
N94	Schmerz u. and. Zustände i. Zusammenhang m. d. weibl. Genitalorg. u. d. Menstruationszyklus	345.919	12,5	13,8
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	341.272	12,4	8,4
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	339.001	12,3	11,5
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	325.249	11,8	12,1
E04	Sonstige nichttoxische Struma	310.293	11,2	12,0
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	307.146	11,1	17,7
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	293.459	10,6	9,5
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	286.574	10,4	10,9
E66	Adipositas	265.891	9,6	8,7

Versicherte im erwerbstätigen Alter (20- bis unter 65-Jährige)

Bei den BKK Versicherten im erwerbsfähigen Alter von 20 bis unter 65 Jahren stehen 2010 bei den Frauen mit einem Anteil von 52,3% *spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12)* auf Rang eins (vgl. *Tabelle 1.7*). Im Jahr 2005 war es noch ein Anteil von 46,0% der versicherten Frauen. Männer haben erwartungsgemäß mit 6,3% – wie auch bei den zuvor erwähnten BKK Versicherten

im Rentenalter – aus gleichem Grund wesentlich seltener einen niedergelassenen Arzt aufgesucht. Diese präventiven Maßnahmen liegen bei ihnen auf Platz 13. Bei den Männern im erwerbsfähigen Alter sind *Rückenschmerzen (M45)* die häufigste ambulante Diagnose: 24,5% der Versicherten erhielt diese Diagnose; 2005 fiel der Anteil nur wenig geringer aus und lag bei 23,4% (vgl. *Tabelle 1.8*).

Bei den Frauen hingegen stellten *Rückenschmerzen* mit einem Anteil von 29,0% die vierthäufigste Diagnose dar, knapp ein Prozentpunkt mehr als fünf Jahre zuvor. Auf Rang zwei und drei sind bei den weiblichen BKK Versicherten die Diagnosen *Kontrazeptive Maßnahmen (Z30; 43,8%)* und *nichtentzündliche Krankheiten der Vagina (N89; 32,7%)* zu finden.

Tabelle 1.8

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010
Männer – 20 bis unter 65 Jahre

Häufigste Diagnosen (20 bis unter 65 Jahre)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
M54	Rückenschmerzen	667.204	24,5	23,4
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	530.163	19,5	15,9
E78	Störungen des Lipoprotein-Stoffwechsels und sonstige Lipidämien	435.169	16,0	14,6
J06	Akute Infektionen an mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	360.348	13,2	13,1
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	317.713	11,7	11,7
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	270.450	9,9	6,2
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	214.107	7,9	6,9
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	200.444	7,4	6,7
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	184.745	6,8	7,0
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	181.059	6,7	6,1
E66	Adipositas	180.612	6,6	5,6
J20	Akute Bronchitis	172.088	6,3	8,0
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	171.371	6,3	3,1
F32	Depressive Episode	170.979	6,3	4,3
D22	Melanozytennaevus	168.307	6,2	3,8
M47	Spondylose	163.815	6,0	4,5
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	160.845	5,9	6,5
K29	Gastritis und Duodenitis	157.403	5,8	6,0
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	156.059	5,7	7,7
F45	Somatoforme Störungen	154.542	5,7	4,7

Die *essentielle Hypertonie (I10)* wurde bei 19,5% der männlichen BKK Versicherten diagnostiziert und steht damit auf Platz zwei. Im Vergleich zu 2005 ist der Anteil um 3,6 Prozentpunkte angestiegen (2005: 15,9%). Bei den Frauen weist diese Diagnose einen geringeren Anteil aus und nimmt mit 16,6% auf der Rangskala Platz fünf ein. Bei den Männern schließen sich auf Platz drei

und vier die *Störungen des Lipoprotein-Stoffwechsels und sonstige Lipidämien (E78; 16,0%, bei den Frauen Platz 14 mit 12,3%)* sowie *akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege (J06; 13,2%, bei den Frauen Platz acht mit 14,6%)* an.

Tabelle 1.9

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010

Frauen – unter 20 Jahre

Häufigste Diagnosen (unter 20 Jahre)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
J06	Akute Infektionen a. mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	259.382	30,7	36,1
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	225.930	26,8	20,1
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	163.120	19,3	19,1
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	132.576	15,7	15,8
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	121.846	14,4	11,8
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	116.290	13,8	15,3
J20	Akute Bronchitis	105.749	12,5	18,3
J03	Akute Tonsillitis	103.476	12,3	15,9
H10	Konjunktivitis	92.608	11,0	10,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	92.079	10,9	12,6
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	89.381	10,6	14,5
H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	84.510	10,0	13,3
R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	80.980	9,6	16,3
J02	Akute Pharyngitis	80.167	9,5	10,5
H50	Sonstiger Strabismus	76.105	9,0	15,7
R05	Husten	76.035	9,0	9,8
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	75.946	9,0	10,5
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	72.236	8,6	9,4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	71.302	8,5	13,0
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	70.322	8,3	10,1

Kinder und Jugendliche
(unter 20 Jahre)

Bei Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren standen bei den Gründen für Arztbesuche akute Infektionen und Entzündungen im Vordergrund. Auf Platz eins rangierten sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Versicherten die *akuten Infektionen der oberen Atemwege (J06)*. Bei Frauen und Mädchen betrug der Anteil 30,7% der Versicherten (vgl. *Tabelle 1.9*), bei Männern und Jungen 29,6% (vgl. *Tabelle 1.10*). Der Anteil dieser Diagnosen hat bei beiden Geschlechtern im Vergleich zu 2005 abgenommen (Frauen/Mädchen: –5,4 PP; Männer/Jungen: –5,2 PP). Zudem befanden sich

2010 weitere Infektionskrankheiten wie die *akute Bronchitis (J20)*, die *akute Tonsillitis* (Mandelentzündung, *J03*), die *Konjunktivitis* (Bindehautentzündung, *H10*), *Viruserkrankungen (B34)* und die *Otitis media* (Mittelohrentzündung, *H66*) mit jeweils einem Anteil von 10% und mehr bei den jeweiligen Geschlechtern weit oben auf der Liste der häufigsten Diagnosen.

Der zweitgrößte Anteil der Diagnosen bei unter 20-Jährigen fiel auf präventive *Allgemeinuntersuchungen (Z00)* (Frauen/Mädchen: 26,8%; Männer/Jungen:

26,6%). Auch weitere präventive Maßnahmen, wie *Impfungen gegen eine oder mehrere Krankheiten (Z26, Z27)* waren mit 14,4% bzw. 13,8% bei Frauen und Mädchen und 12,4% bzw. 13,5% bei Männern und Jungen häufige Diagnosen.

Tabelle 1.10

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010

Männer – unter 20 Jahre

Häufigste Diagnosen (unter 20 Jahre)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
J06	Akute Infektionen a. mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	262.895	29,6	34,8
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	236.061	26,6	19,9
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	150.721	17,0	16,6
J20	Akute Bronchitis	122.634	13,8	19,3
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	120.276	13,5	15,0
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	109.747	12,4	11,3
J03	Akute Tonsillitis	100.479	11,3	14,4
H10	Konjunktivitis	99.035	11,1	10,9
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	93.381	10,5	14,3
H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	89.572	10,1	13,3
R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	87.623	9,9	16,6
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	87.381	9,8	11,9
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	83.443	9,4	8,5
J45	Asthma bronchiale	82.221	9,3	8,8
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	80.659	9,1	9,7
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	79.249	8,9	13,3
R05	Husten	79.228	8,9	9,6
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	76.510	8,6	9,5
J02	Akute Pharyngitis	73.985	8,3	9,2
A09	Sonstige u. n. näher bez. Gastroenteritis und Kolitis infektiösen u. n. näher bez. Ursprungs	73.828	8,3	7,9

1.2.2 Ambulante Diagnosen nach Erwerbsstatus

Bei den arbeitslosen BKK Versicherten gestaltet sich die Rangskala der ambulanten Diagnosen, die bei den meisten Versicherten 2010 gestellt wurden, wie folgt (vgl. *Tabelle 1.11*): Die am häufigsten gestellte Diagnose im Jahr 2010 war *Rückenschmerzen (M54)* mit einem Anteil von 24,6% der Versicherten, die diese Diagnose erhielten (2005: 22,3%). Auf dem zweiten Rang folgten die präventiven Leistungen *spezieller Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12)* mit 17,5% (2005: 16,0%). Auch hier gab es, wie bei der Gesamtbetrachtung aller BKK Versicherten, einen deutlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen: Während bei 34,3% der arbeitslosen Frauen dieser Behandlungsgrund dokumentiert wurde, waren es bei den Männern

gerade einmal 3,6%. Es schlossen sich auf den Plätzen drei und vier die *essentielle Hypertonie (I10)* mit 16,7% (2005: 13,6%) und die *kontrazeptiven Maßnahmen (Z30)* mit 15,2% (unverändert gegenüber 2005) an. *Depressive Episoden (F32)* lagen mit einem Anteil von 14,7% an fünfter Stelle. Frauen waren 2010 mit 19,1% häufiger betroffen als Männer mit 11,0%. Als weitere psychische Erkrankungsgruppe hatten die *somatoformen Störungen (F45)* einen Anteil von 10,6% bei den arbeitslosen BKK Versicherten. Auch hier ist im Vergleich zu 2005 ein Anstieg zu verzeichnen (2005: 8,8%, +1,8 PP).

Im diesjährigen Report widmet sich im Themenblock „Arbeit und Gesundheit“ der *Sonderbeitrag von Gräf et al.*

(S. 162 ff.) dem Thema psychische Erkrankungen. Ein *Sonderbeitrag von Bellwinkel* (S. 66 ff.) im Themenblock „Dynamik in der Arbeitswelt“ setzt sich mit dem Thema Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen auseinander und zeigt neben den Folgen auch einen gezielten Ansatz zur Gesundheitsförderung auf, der vom BKK Bundesverband entwickelt wurde.

Bei den beschäftigten Mitgliedern der BKK sind die vier Diagnosen, von denen die größten Anteile der Versicherten betroffen waren, dieselben wie bei den arbeitslosen Versicherten, allerdings ist hier die Reihenfolge verändert (vgl. *Tabelle 1.12*). Auf Platz eins liegen die *speziellen Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen (Z12)*. Mit 27,0%

Tabelle 1.11

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 Arbeitslose

Häufigste Diagnosen (Arbeitslose)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
M54	Rückenschmerzen	77.843	24,6	22,3
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	55.442	17,5	16,0
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	52.763	16,7	13,6
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	48.008	15,2	15,2
F32	Depressive Episode	46.537	14,7	9,6
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	37.787	11,9	10,7
F45	Somatoforme Störungen	33.654	10,6	8,8
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	32.814	10,4	10,7
J06	Akute Infektionen a. mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	30.812	9,7	8,9
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	29.044	9,2	9,8
E66	Adipositas	28.576	9,0	7,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	28.445	9,0	8,7
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	24.609	7,8	7,6
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	23.052	7,3	5,1
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	23.013	7,3	5,0
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	22.542	7,1	6,2
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	22.214	7,0	3,6
K29	Gastritis und Duodenitis	22.007	7,0	6,6
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	21.149	6,7	5,5
M47	Spondylose	20.889	6,6	4,7

(+5,0 PP gegenüber 2005) haben diese präventiven Leistungen einen erheblich höheren Anteil als bei den Arbeitslosen (+9,5 PP). Die zweithäufigste Diagnose bei beschäftigten BKK Mitgliedern war mit einem nur geringfügig niedrigeren Anteil von 26,4% *Rückenschmerzen (M54)* – bei den Arbeitslosen lagen diese auf Platz eins, jedoch mit einem etwas geringeren Anteil von 24,6%. *Kontrazeptive Maßnahmen (Z30)* wurden von 21,8% der beschäftigten Mitglieder in Anspruch genommen. Als vierthäufigste Diagnose wurde die *essentielle Hypertonie (I10)* bei 16,4% der beschäftigten BKK Mitglieder festgestellt. *Depressive Episoden (F32)* kommen bei Beschäftigten seltener vor als bei Arbeitslosen und lagen 2010 mit 7,8% auf Platz 16. In den letzten fünf Jahren ist der Anteil bei

den Beschäftigten um 1,9 Prozentpunkte (2005: 5,9%) gestiegen. Bei den Arbeitslosen war der Anstieg im selben Zeitraum mit 5,1 Prozentpunkten wesentlich höher (2005: 9,6%).

Tabelle 1.12

Ambulante Daten – Vergleich 2005 und 2010 Beschäftigte Mitglieder

Häufigste Diagnosen (beschäftigte Mitglieder)		2010		2005
ICD	ICD Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit ICD	Anteile in %	Anteile 2005
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	1.076.068	27,0	22,0
M54	Rückenschmerzen	1.054.948	26,4	25,3
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	871.270	21,8	20,3
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	655.320	16,4	12,9
J06	Akute Infektionen a. mehreren o. nicht näher bezeichneten Lokalisationen d. oberen Atemwege	628.237	15,8	15,9
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	612.200	15,3	14,3
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	528.323	13,2	13,3
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	523.043	13,1	11,8
Z00	Allgemeinuntersuchung u. Abklärung b. Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	432.544	10,8	6,9
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	374.669	9,4	8,3
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	373.936	9,4	9,5
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	340.834	8,5	8,0
F45	Somatoforme Störungen	334.529	8,4	7,8
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	327.517	8,2	8,5
D22	Melanozytennävus	323.944	8,1	5,4
F32	Depressive Episode	312.666	7,8	5,9
E66	Adipositas	283.261	7,1	6,1
J20	Akute Bronchitis	280.316	7,0	9,1
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	264.938	6,6	7,4
E04	Sonstige nichttoxische Struma	263.795	6,6	6,9

1.3 Arzneimittelverordnungen

Die Einbeziehung der Verordnungsdaten von Arzneimitteln ergänzt die Beschreibung des Krankheitsgeschehens um Erkrankungen, die nicht unmittelbar mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Dies kann einerseits in der Natur der jeweiligen Erkrankung liegen, andererseits dadurch bedingt sein, dass es sich um nicht-berufstätige Versicherte handelt, z.B. Kinder und Jugendliche sowie Rentner. Gleichwohl haben auch diese Erkrankungen eine große Bedeu-

tung für Wohlbefinden, Gesundheit und Leistungsfähigkeit der BKK Versicherten. Grundlage der folgenden Analyse für das Jahr 2010 sind 88,8 Mio. Einzelverordnungen an 12,1 Mio. Versicherte. Die Medikamentenverordnungen werden dabei anhand ihrer Anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC-Klassifikation) gruppiert. Dieses Klassifikationssystem ordnet Arzneistoffe anhand ihrer chemischen Eigenschaften, ihres therapeutischen Einsatzgebietes so-

wie anhand anatomischer Kriterien. Die Anwendungsgebiete sind dabei nach Organsystemen in 14 Hauptgruppen zusammengefasst.

Die Arzneimittelgruppen mit den häufigsten Verordnungen sind in den *Tabellen 1.13 und 1.14* für Versicherte aller Altersgruppen dargestellt. Bei Männern wie Frauen bilden sechs Medikamentengruppen den Hauptteil des Verordnungsgeschehens: Antiinfektiva zur system-

Tabelle 1.13

Arzneimittelverordnungen – Vergleich 2008 bis 2010

Frauen – alle Altersgruppen

Häufigste Arzneimittelverordnungen (alle Altersgruppen)		2010		2009	2008
ATC	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit Verordnung	Anteil in %	Anteile 2009	Anteile 2008
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	2.264.780	36,8	39,9	38,0
M	Muskel- und Skelettsystem	1.858.271	30,2	31,1	28,8
N	Nervensystem	1.713.108	27,9	29,2	27,1
C	Kardiovaskuläres System	1.670.960	27,2	26,9	24,3
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	1.597.410	26,0	26,0	24,5
R	Respirationstrakt	1.318.618	21,5	23,4	21,2
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	1.238.011	20,1	20,1	17,9
D	Dermatika	1.028.377	16,7	17,1	17,0
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	963.228	15,7	16,8	16,6
S	Sinnesorgane	686.004	11,2	11,4	11,1
B	Blut und Blut bildende Organe	553.074	9,0	8,7	8,3
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	166.072	2,7	2,7	2,3
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	93.274	1,5	1,7	1,8
V	Varia	91.410	1,5	1,5	1,4

mischen Anwendung (dazu gehören u.a. Antibiotika und Impfstoffe), Medikamente gegen Beschwerden des Muskel- und Skelettsystems (u.a. Schmerzmittel und Rheumamittel), Herz-Kreislauf-Medikamente, Präparate zur Behandlung von Störungen des Stoffwechsels und des Magen-Darm-Trakts (inkl. Antidiabetika, Säurehemmer und Abführmittel), am Nervensystem wirkende Medikamente (z.B. Schmerzmittel und Psychophar-

maka – Details zu Letzteren s. *Kapitel 5.4*) sowie Mittel bei Atemwegserkrankungen.

Jede dieser Substanzgruppen wurde im Jahr 2010 mindestens 20% der Versicherten verordnet. Dabei ergab sich in der Rangfolge der Medikamentengruppen seit 2008 im Wesentlichen keine Änderung.

Tabelle 1.14

Arzneimittelverordnungen – Vergleich 2008 bis 2010
Männer – alle Altersgruppen

Häufigste Arzneimittelverordnungen (alle Altersgruppen)		2010		2009	2008
ATC	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit Verordnung	Anteil in %	Anteile 2009	Anteile 2008
J	Antiinfektiva zur systemischen Anwendung	1.743.733	29,1	32,0	30,1
M	Muskel- und Skelettsystem	1.731.130	28,8	29,9	27,5
C	Kardiovaskuläres System	1.628.626	27,1	27,1	23,8
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	1.398.758	23,3	23,4	21,8
N	Nervensystem	1.253.815	20,9	22,4	20,7
R	Respirationstrakt	1.201.774	20,0	22,1	20,0
D	Dermatika	872.388	14,5	14,9	14,8
S	Sinnesorgane	587.234	9,8	10,1	9,9
B	Blut und Blut bildende Organe	551.565	9,2	8,9	8,2
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	537.507	9,0	9,0	8,1
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	256.114	4,3	4,0	3,4
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	119.072	2,0	1,9	1,7
V	Varia	102.257	1,7	1,7	1,6
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	52.862	0,9	0,9	1,0

1.3.1 Krankheitsspektrum nach Geschlecht

Wohl finden sich geschlechtsspezifische Unterschiede: So erhielt ein deutlich größerer Anteil der Frauen (36,8%) eine Antiinfektiva-Verordnung als dies bei Männern (29,1%) der Fall war. Ähnlich verhält es sich mit am Nervensystem wirkenden Medikamenten, die 27,9% der Frauen, aber nur 20,9% der Männer verordnet wurden, sowie mit Mitteln für Stoffwechsel und Magen-Darm-Trakt, mit denen 26,0% der Frauen bzw. 23,3% der Männer versorgt wurden. Frauen mit Verordnungen von Medikamenten für das Nervensystem stellen damit die drittgrößte Patientinnengruppe nach Verordnungsgruppe dar. Es wurden mehr weibliche Versicherte mit einem Medikament dieser Gruppe mindestens einmal

im Jahr 2010 behandelt als mit einem Herz-Kreislaufmedikament bzw. mit einem Medikament für Stoffwechsel oder Magen-Darm-Trakt. Demgegenüber findet sich die Gruppe der Männer mit Verordnung am Nervensystem wirkender Präparate nur auf Platz fünf der Rangliste.

Die größten Unterschiede im Verordnungsgeschehen zwischen den Geschlechtern sind naturgemäß bei Hormonpräparaten sowie Medikamenten für das Urogenitalsystem festzustellen. 15,7% der Frauen, aber nur 4,3% der Männer wurden im Jahr 2010 mit Mitteln für das Urogenitalsystem oder mit Sexualhormonen behandelt. Darunter fallen insbesondere hormonelle Emp-

fängnisverhütungsmittel, Präparate zur Hormonersatztherapie und Antibiotika gegen Entzündungen der Harnwege – es handelt sich also um Verordnungen für Gesundheits- und Krankheitsaspekte, die zwar nicht durch hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten auffallen, aber hohe Relevanz für den Gesundheitszustand der Frauen haben. Sonstige Hormonpräparate (u. a. Schilddrüsenmedikamente) wurden 20,1% der Frauen, aber nur 9,0% der Männer verordnet, was auf gutartige Schilddrüsenvergrößerungen und Schilddrüsenüberfunktionen zurückzuführen sein dürfte, die bei Frauen vier- bis fünfmal häufiger als bei Männern auftreten.

1.3.2 Krankheitsspektrum nach Alter

Das Verordnungsgeschehen in verschiedenen Altersgruppen weiblicher Versicherte zeigt *Tabelle 1.15*. Ein mehr als doppelt so großer Anteil der Mädchen und Frauen unter 20 Jahren (45,2%) wurde 2010 wegen Atemwegserkrankungen medikamentös behandelt als in den höheren Altersgruppen (20- bis 64-Jährige: 15,0%; ab 65-Jährige: 18,5%). Auch Präparate zur Behandlung von Hauterkrankungen werden Mädchen und jungen Frauen relativ häufiger verordnet (24,4%) als Frauen der anderen Altersgruppen (13,5% bzw. 20,0%). Medikamente zur Behandlung von Erkrankungen der Sinnesorgane benötigten im Jahr 2010 die unter 20-Jährigen mit 15,5% zwar seltener als Seniorinnen (19,2%), aber doppelt so häufig wie Frauen im Erwerbsalter (7,7%).

Weiblichen Versicherten ab 65 Jahren werden im Vergleich zu jüngeren Frauen Medikamente für Erkrankungen verordnet, die mit zunehmendem Lebensalter vermehrt zu erwarten sind: Die überwiegende Mehrzahl aller Frauen dieser Altersgruppe erhält Medikamente we-

gen Herz- oder Kreislauferkrankungen (84,1%), über die Hälfte (52,5%) Mittel wegen Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes) und Störungen des Magen-Darm-Trakts und immerhin ein Viertel der Seniorinnen (25,8%) Medikamente mit Einfluss auf das blutbildende System (darunter Mittel zur Blutverdünnung und Eisenpräparate). Vergleicht man die relativen Anteile der Frauen mit Verordnungen zwischen den ab 65-Jährigen und den jüngeren Altersgruppen, so ist in diesen drei ATC-Gruppen die Zunahme im Alter besonders ausgeprägt. Naturgemäß steigt aber auch in anderen Kategorien der Anteil erkrankter und medikamentös behandelter Frauen ab 65 Jahren.

Die verschiedenen Altersgruppen der männlichen Versicherten weisen ähnliche Muster der medikamentös behandelten Erkrankungen auf (s. *Tabelle 1.16*). Auch bei Jungen und Männern unter 20 Jahren findet sich – verglichen mit den anderen Altersgruppen – ein hoher relativer Anteil respiratorischer Erkrankungen und von Verordnungen zur Behandlung von Hauterkrankungen sowie von Er-

krankungen der Sinnesorgane. Bei den jungen männlichen Versicherten sind Erkrankungen mit Antiinfektiva-Verordnung verglichen mit höheren Altersgruppen deutlich häufiger (35,3% vs. 27,0% bzw. 29,3%) – ein Sachverhalt, der auf junge Frauen nicht so ausgeprägt zutrifft. Im Rentenalter leiden – analog zu den weiblichen Versicherten – Männer häufiger an medikamentös behandelten Herz- oder Kreislauferkrankungen (81,6% der Altersgruppe) als ihre jüngeren Geschlechtsge-nossen und bekommen zudem deutlich häufiger Medikamente zur Behandlung von Stoffwechselerkrankungen oder mit Einfluss auf das blutbildende System verordnet. Anders als bei Frauen, von denen ein hoher Anteil jeder Altersgruppe Verordnungen für das Urogenitalsystem oder von Sexualhormonen erhält (s. o.), gewinnt diese Präparategruppe bei den Männern erst ab 65 Jahren, dafür aber mit Verschreibungen an 19,1% der Männer umso mehr an Bedeutung. In diese ATC-Gruppe fallen u. a. Medikamente gegen Miktionsstörungen sowie zur Behandlung gutartiger und bösartiger Prostataerkrankungen.

Tabelle 1.15

Arzneimittelverordnungen 2010
Frauen – nach Altersgruppen

Häufigste Arzneimittelverordnungen (2010)		Anteil der Versicherten mit Verordnung, in%		
ATC	ATC-Bezeichnung	unter 20 Jahren	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	20,9	20,4	52,5
B	Blut und Blut bildende Organe	3,5	6,2	25,8
C	Kardiovaskuläres System	0,7	20,0	84,1
D	Dermatika	24,4	13,5	20,0
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	18,7	14,8	15,3
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	5,2	21,0	33,9
J	Antinfektiva zur systemischen Anwendung	40,1	36,7	33,7
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	2,5	2,4	4,2
M	Muskel- und Skelettsystem	27,7	26,6	46,5
N	Nervensystem	21,5	23,8	50,4
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	3,0	1,2	1,1
R	Respirationstrakt	45,2	15,0	18,5
S	Sinnesorgane	15,5	7,7	19,2
V	Varia	3,3	1,1	0,7

Tabelle 1.16

Arzneimittelverordnungen 2010
Männer – nach Altersgruppen

Häufigste Arzneimittelverordnungen (2010)		Anteil der Versicherten mit Verordnung, in%		
ATC	ATC-Bezeichnung	unter 20 Jahren	20 bis unter 65 Jahre	65 und mehr Jahre
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	19,6	19,0	47,2
B	Blut und Blut bildende Organe	3,7	5,6	32,3
C	Kardiovaskuläres System	0,8	23,2	81,6
D	Dermatika	22,9	10,4	20,7
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	0,7	2,0	19,1
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	6,0	8,0	17,1
J	Antinfektiva zur systemischen Anwendung	35,3	27,0	29,3
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	2,1	1,3	4,7
M	Muskel- und Skelettsystem	26,6	26,5	42,3
N	Nervensystem	23,1	16,9	35,2
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	1,7	0,6	0,8
R	Respirationstrakt	46,3	11,7	18,9
S	Sinnesorgane	15,5	6,2	17,2
V	Varia	4,4	1,0	0,8

1.3.3 Krankheitsspektrum nach beruflichem Status

Zu den Determinanten des ambulanten Krankheitsgeschehens gehört auch der Beschäftigungsstatus der Versicherten (vgl. *Tabellen 1-17 und 1-18*). Die Rangfolge der fünf wichtigsten Erkrankungsgruppen bei Beschäftigten insgesamt entspricht der Rangfolge, wie sie weiter oben für alle männlichen BKK Versicherten beschrieben wurde (vgl. *Tabelle 1.14*). Der Vergleich zwischen arbeitslosen und beschäftigten Versicherten zeigt aber, dass der Anteil der Arbeitslosen mit medikamentös behandelten Erkrankungen bei praktisch allen Präparategruppen höher ist als der Anteil der Beschäftigten mit entsprechenden Erkrankungen. Am ausgeprägtesten ist dies für am Nervensystem wirkende Medikamente (31,5%

der Arbeitslosen gegenüber 18,2% der Beschäftigten) zu beobachten. Weitere deutliche Unterschiede in den Anteilen der Versicherten mit Verordnungen finden sich bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (26,3% vs. 19,4%), Stoffwechsel- und Magen-Darm-Erkrankungen (25,0% vs. 18,4%) sowie Medikamenten mit Wirkung auf die Blutzusammensetzung (7,8% vs. 5,1%). Einzige Ausnahme ist die ATC-Gruppe Varia, welche keiner bestimmten Erkrankungsgruppe zugeordnet werden kann. Die höhere Krankheitslast bei Arbeitslosigkeit zeigt damit deutliche Parallelen zu den Ergebnissen der Arbeitsunfähigkeitsdaten (Details hierzu s. *Kapitel 2.2*).

Tabelle 1.17

Arzneimittelverordnungen – Vergleich 2008 bis 2010**Arbeitslose**

Häufigste Arzneimittelverordnungen (alle Altersgruppen)		2010		2009	2008
ATC	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit Verordnung	Anteil in %	Anteile 2009	Anteile 2008
J	Antinfektiva zur systemischen Anwendung	148.460	32,6	34,8	32,3
N	Nervensystem	143.488	31,5	30,9	28,1
M	Muskel- und Skelettsystem	135.414	29,8	29,6	27,8
C	Kardiovaskuläres System	119.657	26,3	26,1	24,5
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	113.815	25,0	24,4	22,7
R	Respirationstrakt	70.981	15,6	15,7	14,2
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	67.465	14,8	14,4	13,4
D	Dermatika	57.038	12,5	12,8	12,3
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	41.287	9,1	9,3	9,8
B	Blut und Blut bildende Organe	35.491	7,8	7,3	7,0
S	Sinnesorgane	29.937	6,6	6,8	6,7
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	9.086	2,0	1,9	1,7
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	5.357	1,2	1,2	1,2
V	Varia	3.735	0,8	0,8	0,8

Tabelle 1.18

Arzneimittelverordnungen – Vergleich 2008 bis 2010**Beschäftigte Mitglieder**

Häufigste Arzneimittelverordnungen (alle Altersgruppen)		2010		2009	2008
ATC	ATC-Bezeichnung	Anzahl der Versicherten mit Verordnung	Anteil in %	Anteile 2009	Anteile 2008
J	Antinfektiva zur systemischen Anwendung	1.827.727	32,6	35,6	33,7
M	Muskel- und Skelettsystem	1.478.927	26,4	26,5	25,2
C	Kardiovaskuläres System	1.084.781	19,4	19,7	17,2
A	Alimentäres System und Stoffwechsel	1.028.787	18,4	18,3	17,1
N	Nervensystem	1.019.240	18,2	18,8	17,1
H	Systemische Hormonpräparate, exkl. Sexualhormone und Insuline	730.997	13,1	13,0	11,6
R	Respirationstrakt	729.267	13,0	14,0	12,4
D	Dermatika	646.726	11,6	11,8	11,6
G	Urogenitalsystem und Sexualhormone	444.395	7,9	8,4	8,3
S	Sinnesorgane	381.776	6,8	7,1	6,9
B	Blut und Blut bildende Organe	285.540	5,1	5,0	4,7
L	Antineoplastische und immunmodulierende Mittel	89.201	1,6	1,6	1,3
V	Varia	60.464	1,1	1,2	1,1
P	Antiparasitäre Mittel, Insektizide und Repellenzien	45.415	0,8	0,8	0,8

2

Alter, Geschlecht und soziale Lage



2 Alter, Geschlecht und soziale Lage

Nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern in fast allen europäischen und auch vielen außereuropäischen Ländern wächst der Anteil älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung. Die Entwicklung hin zu einer Überalterung liegt zum einen an der zunehmenden Lebenserwartung und zum anderen an den konstant niedrigen bzw. rückläufigen Geburtenraten. Dies bleibt nicht ohne Folgen auf das Wirtschaftsleben und damit auch auf die Zukunft der Arbeitswelt.

Wie in fast allen Industrieländern kann es sich auch die Wirtschaft in Deutschland nicht leisten, auf die Älteren im Arbeitsmarkt zu verzichten. Allein von 2002 bis 2010 ist die Beschäftigungsquote der über 55-Jährigen um fast die Hälfte von 38,9% auf 57,7% gestiegen (Eurostat 2011¹). Zugleich beschleunigt sich der wirtschaftliche Wandel – die Veränderungen der beruflichen Tätigkeiten haben in den letzten Jahren zugenommen. Die Beschleunigung, auch in der Arbeitswelt, geht einher mit einer Zunahme der Komplexität, welche im *Sonderbeitrag von Bruch und Kowalevski auf S. 62 ff.* näher beleuchtet wird. Als Gegentrend entwickeln sich Ansätze zur Entschleunigung (vgl. *Sonderbeitrag von Krause und Deufel auf S. 172 ff.*).

Der Übergang von der Industrie- zur Wissensgesellschaft führt zu mehr Dienstleistungsaufgaben und zu veränderten Arbeitsinhalten und -formen.² Neue Arbeitsformen führen zu neuen Belastungen und Beanspruchungen. Am Beispiel der IT-Branche erläutert der *Sonderbeitrag von Siebecke auf S. 126 ff.*, welche dies sind und welche Anforderungen an die Prävention in moderner Wissensarbeit daraus resultieren.

Gleichzeitig beinhalten alle demografischen Prognosen³ einen Rückgang der Bevölkerung und hierbei insbesondere die kontinuierliche Schrumpfung der Erwerbsbevölkerung. So werden in absehbarer Zeit die Belegschaften in den Betrieben nicht nur altern, sondern es werden auch angesichts rückläufiger Geburtenraten die Nachwuchskräfte allgemein und besonders Fachkräfte in vielen Qualifikationsbereichen rarer. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Schaffung gesundheitlicher Voraussetzungen für eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit auch jenseits des 60. Lebensjahres für Wirtschaft und Politik einen wachsenden Stellenwert. Der demografische Wandel stellt somit nicht nur an das Gesundheitswesen, sondern auch an das Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt er-

hebliche Anforderungen. Wie könnte die Gestaltung gesunder Arbeit aussehen? Aspekte dazu erörtert der *Sonderbeitrag von Ulich auf S. 148 ff.* Darüber hinaus sind spezielle Angebote zur Förderung eines gesunden Gleichgewichts zwischen Familie, Arbeit und Freizeit wichtig. Die Aktualität des Themas Work-Life-Balance ist ungebrochen, mehr dazu steht auf *S. 157 ff. (Neid und Schweppenhäuser)*.

Im vorliegenden Kapitel werden im ersten Teil alters- und geschlechtsspezifische Grundmuster der Arbeitsunfähigkeit aufgezeigt. Im zweiten Teil steht das Erkrankungsgeschehen nach sozialen und beruflichen Statusmerkmalen im Vordergrund. Zwischen Arbeitern und Angestellten, freiwillig Versicherten und Arbeitslosen lassen sich sowohl hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeiten und -dauern als auch hinsichtlich der Morbiditätsstrukturen deutliche Differenzen beobachten, die auf besondere gesundheitliche Belastungen im beruflichen und sozialen Umfeld dieser Gruppen hinweisen.

¹ Vgl. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=de&pcode=tsiem020>

² Der Strukturwandel wird ausführlich thematisiert in folgenden Gesundheitsreports: ZOIKE, Erika [u.a.] (2004): BKK Gesundheitsreport 2004. Gesundheit und sozialer Wandel. Essen; ZOIKE, Erika [u.a.] (2006): BKK Gesundheitsreport 2006. Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen. Essen; ZOIKE, Erika [u.a.] (2010): BKK Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. Essen.

³ Reichhaltiges Material bietet z.B. das Max-Planck-Institut für Demografische Forschung in Rostock, u.a. Präsentation von Dr. Mirko Sporket zur 4. Tagung des DNBGF zum Thema Demographic Literacy als organisatorische Schlüsselkompetenz der Zukunft, im Internet unter www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/DNBGF2010/Sporket.pdf

2.1 Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht

Die dargestellten Tabellen und Diagramme in diesem Kapitel beziehen sich, abweichend von der Darstellung in Kapitel 1 und 3, auf alle versicherungspflichtigen Erwerbspersonen – Beschäftigte wie ALG-I-Empfänger. So können auch differenziertere Aussagen zu gesundheitlichen Belastungen von Arbeitslosen getroffen werden, die insbesondere mit Blick auf mögliche gesundheitliche Hinderungsgründe für die Wiedereingliederung in die Erwerbstätigkeit Erkenntnisse liefern können. Die gesundheitlichen Belastungen der Arbeitslosen können sowohl Ursache als auch Folge der Arbeitslosigkeit sein. ALG-II-Empfänger bleiben dabei unberücksichtigt, da für diesen Personenkreis aufgrund fehlender Krankengeldansprüche keine AU-Daten vorliegen.

Wie auch im Jahr 2009 ist die Altersverteilung der Arbeitsunfähigkeit durch hohe Erkrankungshäufigkeiten der unter 25-Jährigen gekennzeichnet. Sie lag im Jahr 2010 in der Altersgruppe der unter 20-Jährigen bei durchschnittlich 1,9 Fällen und bei den 20- bis 24-Jährigen etwas niedriger bei 1,4 Fällen (vgl. Tabelle 2 im Anhang).

Auch die Erkrankungshäufigkeit der 50- bis unter 60-Jährigen lag mit 1,3 AU-

Fällen über dem Durchschnitt von 1,1. Bei den 25-Jährigen bis 49-Jährigen sowie den 60- bis unter 65-Jährigen wurden durchschnittlich je Mitglied nur 1,0 bis 1,2 Fälle gemeldet. Im Vergleich zu 2009 sind in allen Altersgruppen ähnliche Fallhäufigkeiten zu beobachten.

Das Diagramm 2.1 zeigt beginnend mit der Altersklasse der 25- bis 29-Jährigen einen erwartungsgemäßen Anstieg der Krankheitstage mit zunehmendem Alter, was auf die Schwere der Erkrankungen und die damit einhergehende Krankheitsdauer zurückzuführen ist. Während die durchschnittliche Dauer einer Erkrankung bei den unter 25-Jährigen 6,5 Tage betrug, lag sie bei den 40- bis 49-Jährigen mehr als doppelt so hoch bei 14,4 Tagen. Ab 65 Jahren und älter erreichen die Krankheitstage je Fall einen Höchststand von 31,6 Tagen. Die durchschnittliche Krankheitsdauer je Fall lag bei allen Pflichtmitgliedern bei 13,4 Tagen.

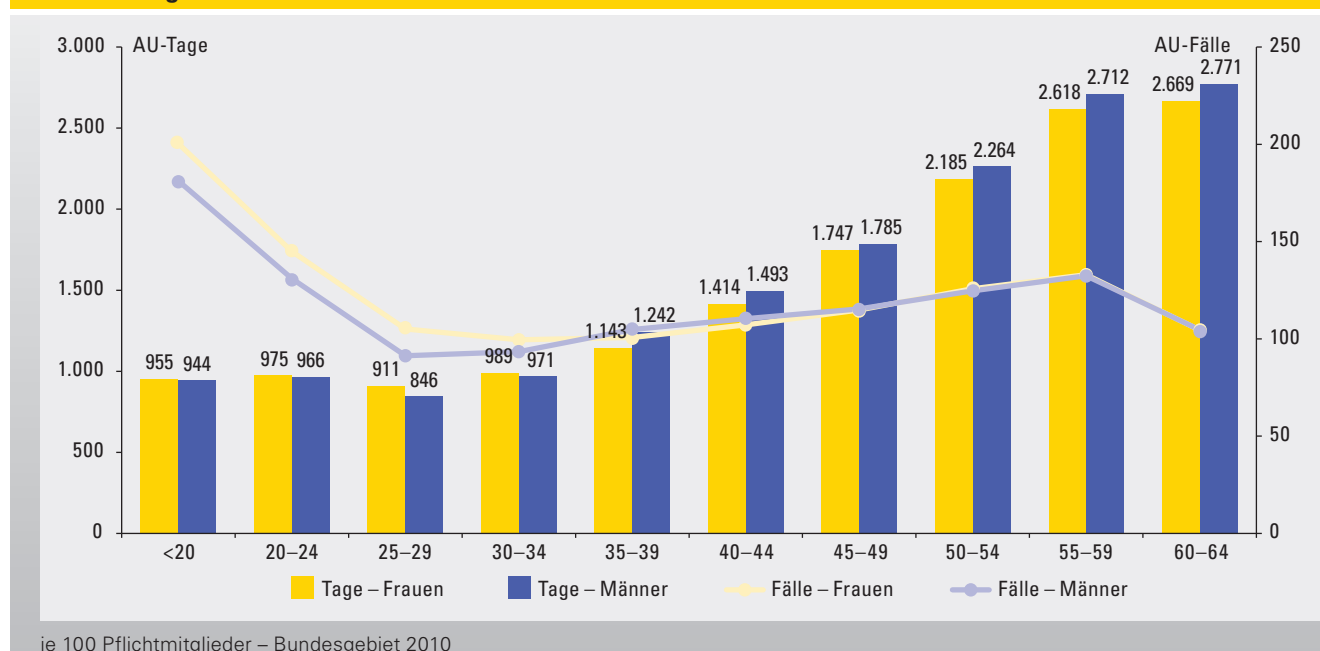
In den älteren Gruppen konzentrieren sich dementsprechend auch die Langzeitfälle von über sechs Wochen; 7,8% aller AU-Fälle der 55-jährigen und älteren Pflichtmitglieder dauerten länger als sechs Wochen, während der Anteil im Durchschnitt aller Pflichtmitglieder mit 4,4% erheblich niedriger ausfiel. Dieser

allgemeine Trend differenziert sich allerdings deutlich nach der beruflichen bzw. sozialen Lage (s. Abschnitt 2.1.1). Die Spanne der Langzeiterkrankten insgesamt reicht hier von den unter 20-Jährigen mit einer Rate von 0,8% über die Altersgruppen der 30- bis 34-Jährigen mit 2,9% bis hin zu den 60- bis 64-Jährigen mit 9,3%.

Bis zu der Altersgruppe der unter 35-Jährigen sind bei den Männern etwas weniger Krankheitstage pro Pflichtmitglied zu verzeichnen als bei den Frauen. Dieses Verhältnis dreht sich ab einem Alter von 35 Jahren. Lediglich in der letzten Altersgruppe ab 65 Jahren und älter übersteigen wiederum die Krankheitstage der Frauen die der Männer. Bezogen auf die Krankheitstage pro Krankheitsfall weisen die Männer hingegen in allen Altersgruppen eine höhere Ausfallzeit auf. Insgesamt sind die Männer im Krankheitsfall mit durchschnittlich 13,8 Tagen um 0,9 Tage länger krank als die Frauen (12,9 Tage).

Diagramm 2.1

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht



2.1.1 Arbeitsunfähigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nach Tätigkeit

Wie in fast allen Industrieländern reicht auch in Deutschland die Geburtenrate nicht aus, um die Bevölkerungszahl zu halten. Es verbreitet sich, auch angesichts wachsenden Fachkräftemangels, die Erkenntnis, dass auf die Älteren im Arbeitsmarkt nicht verzichtet werden kann. In Deutschland verändert sich die Altersstruktur schon alleine durch die Alterung der geburtenstärkeren Jahrgänge, womit auch die Erwerbstätigkeit der 55- bis 64-Jährigen merklich zunimmt. Sie ist in den letzten Jahren um 50 % angestiegen und liegt heute bei 57,7 %, während sie 2001 noch bei 37,9 % lag.⁴

Wie stark die gesundheitlichen Belastungen der älteren Erwerbstätigen durch die berufliche Lage beeinflusst werden,

lässt sich exemplarisch im Vergleich einiger Berufsgruppen zeigen. Die ausgewerteten BKK Daten nach Alters- und Berufsgruppen, wie im *Diagramm 2.2* ersichtlich, veranschaulichen die bei einer angestrebten Verlängerung der Lebensarbeitszeit unterschiedlichen gesundheitlichen Situationen der Beschäftigten. Das *Kapitel 3* stellt eine detaillierte Ansicht der Morbiditätsunterschiede nach der beruflichen Tätigkeit dar.

Unabhängig vom Geschlecht fehlten bei den BKK Versicherten ab 55 Jahren folgende Berufsgruppen 30 Tage und mehr am Arbeitsplatz: Metall- und Bauberufe, Berufe des Land- und des Nachrichtenverkehrs, Back- und Konditorwarenhersteller sowie Reinigungsberufe. Diese

Berufe sind zum Teil gekennzeichnet durch hohe körperliche Belastung bei teilweise geringer Qualifikation.

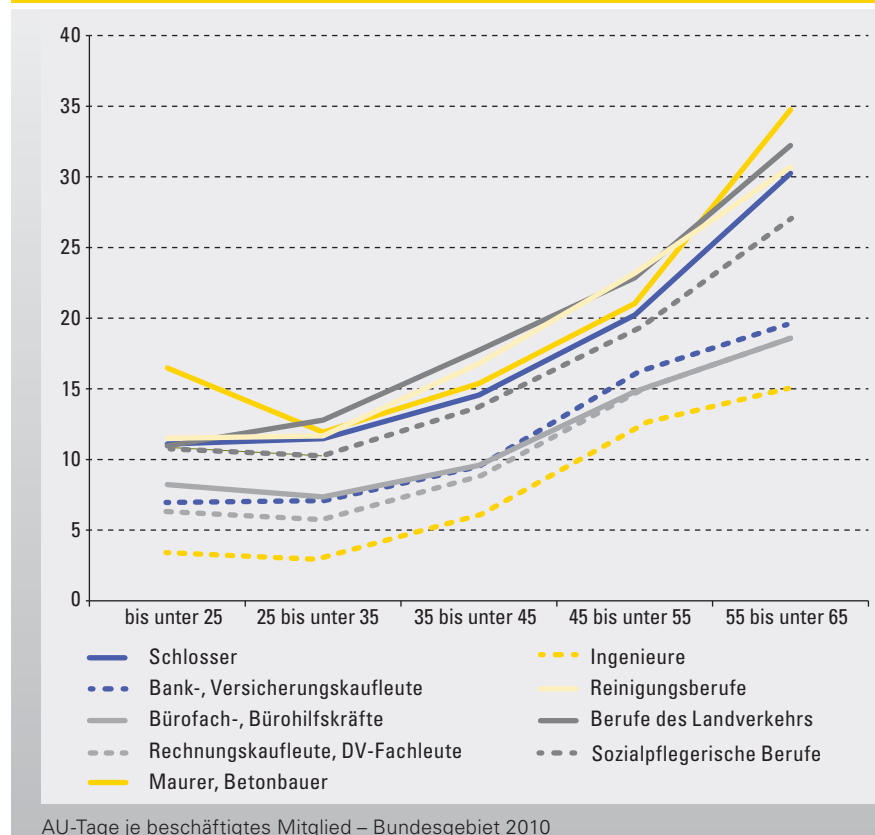
Bei den Männern ab 55 Jahren gehörten außerdem Bau- und verwandte Tätigkeiten, Textilhersteller, Fleisch- und Fischverarbeiter sowie Metall- und Holzberufe zu den Berufen mit 30 Tagen und mehr Ausfallzeiten. Etwas weniger krank, aber immerhin noch mit rund 28 AU-Tagen im Jahr, waren Chemiearbeiter.

Bei den Frauen ab 55 Jahren hingegen treten zusätzlich Montiererrinnen, Warenprüferinnen und Speisenbereiterinnen mit langen Krankheitszeiten von 30 Tagen und mehr in Erscheinung. Hauswirtschaftliche Betreuerinnen, Rechtswahrerinnen und Gesundheitsdienstberufe wiesen durchschnittlich noch 27 bis 28 AU-Tagen auf. Außerdem verzeichneten die weiblichen Beschäftigten im Allgemeinen – auch in den höher qualifizierten Tätigkeitsfeldern – jeweils mehr Ausfalltage als die Männer in derselben Alters- und Berufsgruppe.

Dagegen fehlten u.a. Geistes- und Naturwissenschaftler, Chemiker und Physiker, Ärzte und Apotheker, Lehrer, Unternehmer, Abgeordnete, Landwirte und Ingenieure durchschnittlich nur etwa 13 bis 15 Tage im Jahr. Allerdings verzeichneten diese Gruppen infolge wachsender Stressbelastungen ebenfalls im Vergleich zu den Vorjahren zum Teil deutlich höhere Krankheitsausfälle. Lediglich im direkten Vergleich zu 2009 zeigt sich eine geringfügige rückläufige Entwicklung (s. nächsten Abschnitt).

Diagramm 2.2

Arbeitsunfähigkeit nach Alter in ausgewählten Berufen



⁴Vgl. Eurostat (2011): Erwerbstätigenquote älterer Erwerbstätiger nach Geschlecht: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=de&pcode=tsiem020>

Bessere Gesundheit der Älteren bei höherer Qualifikation

Die Faktoren Qualifikation und Bildung beeinflussen die gesundheitliche Situation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in hohem Maße. Dies spiegelt sich auch in der Arbeitsunfähigkeit wider. Nach den Befunden aus den Vorjahren weisen Berufsgruppen mit höherer Qualifikation, deren Arbeit eher von einem selbstbestimmten und abwechslungsreichen Charakter geprägt ist, zumeist wesentlich geringere altersbezogene Zunahmen der Krankheitstage auf als im Durchschnitt zu erwarten wäre.

Im Jahre 2009 hatte sich dies erstmals nicht bestätigt: Bei den Ingenieuren ab 55 Jahren fielen 18,6 Krankheitstage an – teilweise mehr als die doppelte Anzahl gegenüber den vorherigen Jahren. Allerdings haben sich die Fehlzeiten in dieser Personengruppe 2010 wieder um 3,6 Krankheitstage verringert und liegen nun bei 15,0 AU-Tagen. Der absteigende Trend im Jahr 2010 im Vergleich zu 2009 bei den Fehlzeiten zeigt sich bei den älteren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen auch in anderen qualifizierten Berufen wie bei den Unternehmern, Abgeordneten, Rechnungskaufleuten, EDV-Fachleuten, Geistes- und Naturwissenschaftlern, Lehrern sowie bei Ärzten und Apothekern. Der rückläufige AU-Anteil im Vergleich zum Vorjahr könnte darauf hindeuten, dass Arbeitnehmer aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes in Zeiten der Konjunkturschwäche und Umbruchsituationen auch krank zur Arbeit gehen (sog. Präsentis-

mus). Im Themenblock „Arbeit und Gesundheit“ (*Sonderbeitrag von Badura und Steinke, S. 115 ff.*) wird dieses Thema hinsichtlich der Ursachen, Folgen und Kosten näher beleuchtet. Ob die Ausfallzeiten im nächsten Jahr weiter sinken oder wieder ansteigen werden, bleibt abzuwarten. Unstrittig ist insgesamt ein starker Anstieg der Krankheitstage im Vergleich zu den Vorjahren.

Die 25- bis 34-jährigen Ingenieure bildeten mit durchschnittlich drei AU-Tagen die „gesündeste“ Altersgruppe. Auch die unter 25-jährigen Ingenieure hatten mit 3,5 AU-Tagen ebenfalls nur selten krankheitsbedingte Ausfallzeiten. Die Krankheitszeiten der Ingenieurinnen unterschieden sich insgesamt nur wenig von denen ihrer männlichen Kollegen. So lagen die Ausfallzeiten der 45- bis 54-jährigen Frauen dieser Berufsgruppe (13,0 Tage) nur rund 0,7 Tage über denen der Männer (12,3 Tage). Im Jahr 2009 war dieses Verhältnis in höherem Maße umgekehrt: Männer waren rund 5 Tage länger krank als die Frauen. Ingenieure ab 55 Jahren (14,9 Tage) fielen 2010 im Schnitt 1,1 Tage weniger aus als die gleichaltrigen Ingenieurinnen (16,0 Tage). Ein Jahr zuvor war dieser Unterschied noch größer und lag bei einer Differenz von 3,5 Tagen (Männer: 18,3, Frauen: 21,8 AU-Tagen).

Spezialisten wie Rechnungskaufleute und DV-Fachleute verzeichneten in der ältesten Gruppe (55 bis unter 65 Jahre) mit 18 Arbeitsunfähigkeitstagen eine Senkung von 1,3 Tagen gegenüber dem Vorjahr. Hierbei lag die Gruppe der Män-

ner mit durchschnittlich 14,8 AU-Tagen (Vorjahr: 17,6 Tage) 5,4 Tage unter den Krankheitszeiten der weiblichen Beschäftigten von 20,2 Krankheitstagen (Vorjahr: 20,5 Tage). Die durchschnittliche Ausfallzeit in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen lag hingegen bei 5,6 Tagen.

Die Befunde einer höheren Morbidität der älteren Arbeitnehmerinnen auch in höher qualifizierten Berufen dürften aus mehreren Faktoren resultieren. Neben biologischen Unterschieden – z.B. in Zusammenhang mit Wechseljahresbeschwerden – können sich hier auch kumulative Effekte aus beruflichen und familiären Mehrfachbelastungen in der Biografie der Frauen niederschlagen. Nachwirkende Überlastungen aus vorhergehenden Lebensphasen (Kindererziehung) verbinden sich dabei u.U. mit neuen Anforderungen, etwa durch die Pflege älterer oder kranker Angehöriger (s. dazu den *Sonderbeitrag von Billinger auf S. 112 ff.*). Diese Aspekte wären bei Maßnahmen einer zielgruppen-, gender- und altersgerechten betrieblichen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen.

2.1.2 AU-Diagnosen bei Männern und Frauen

Das Krankheitsgeschehen unterscheidet sich nicht nur nach Alter, sondern auch deutlich nach Geschlecht. Die Ausprägung der Krankheitsursachen von Männern und Frauen zeigt typische Unterschiede, wie im *Diagramm 2.3* zu erkennen ist. Wie in den Vorjahren wiesen Männer fast doppelt so viele Krankheitstage aufgrund von Verletzungen auf wie Frauen und auch die Zahl der AU-Tage durch Muskel- und Skeletterkrankungen lag um ca. ein Drittel höher als der Vergleichswert für Frauen.

Dies ist zum einen den Beschäftigungsstrukturen und typischen Beschäftigungsfeldern von Männern geschuldet, die – trotz des sektoralen Strukturwandels – nach wie vor verbreitet in der industriellen Produktion und in körperlich beanspruchenden Berufen tätig sind. Zum anderen spiegeln sich hierin unterschiedliche Verhaltens- und Lebensmuster wider („soziales“ Geschlecht), die sich z.B. auf die Risikobereitschaft beziehen. Zu Muskel- und Skeletterkrankungen ist zu ergänzen, dass sie bei Frauen zwar weniger häufig als bei Männern auftreten und infolgedessen insgesamt weniger Krankheitstage verursachen, aber trotzdem mit höheren durchschnittlichen Falldauern einhergehen. So dauerten Erkrankungen des Bewegungsapparates bei pflichtversicherten Frauen im Schnitt 21,4 Tage gegenüber 20,0 Tagen bei Männern.

Neben den zuvor genannten Erkrankungsarten zählen Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems zu den Krankheitsgruppen, bei denen Männer mehr AU-Tage aufweisen als Frauen. Dies gilt auch für Hautkrankheiten und für Infek-

tionen. Bei den Infektionen ist der Geschlechtsunterschied in Bezug auf die AU-Tage so gering wie bei keiner anderen Erkrankungsart.

Wegen Atemwegserkrankungen fallen hingegen in der Regel etwas mehr Krankheitstage bei Frauen als bei Männern an. Kleinere Krankheitsgruppen mit typischerweise ebenfalls höheren Arbeitsunfähigkeitszeiten der Frauen sind Neubildungen und Urogenitalerkrankungen. Die AU-Tage aufgrund von Neubildungen lagen 2010 bei Frauen 1,7-mal höher als bei Männern, und Urogenitalerkrankungen verursachten bei Frauen 2,5-mal so viele Krankheitstage wie bei Männern. Auch die Erkrankungen des Nervensystems verursachen bei Frauen mehr Fehlzeiten als bei Männern.

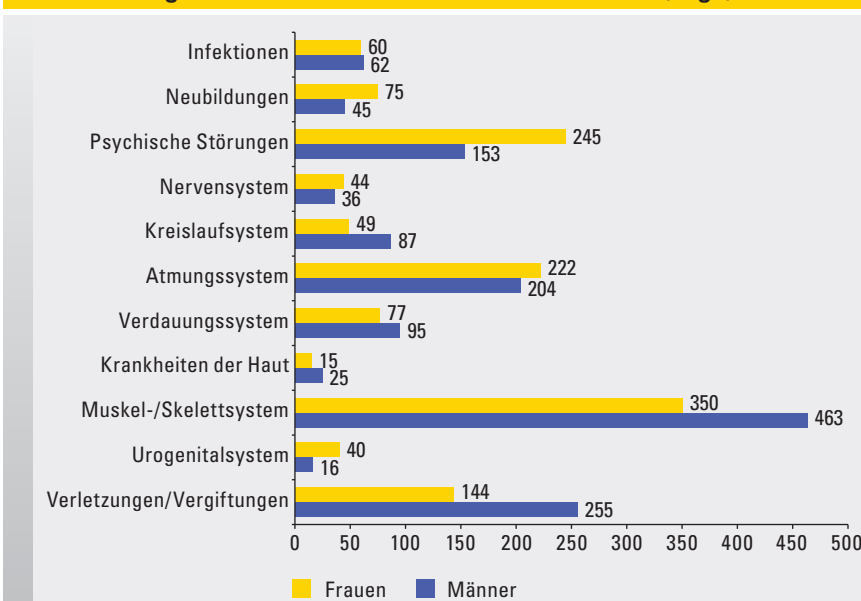
Quantitativ bedeutsamer sind die Unterschiede bei psychischen Störungen, wo die Krankheitstage der Frauen die der Männer regelmäßig mit großem Abstand übersteigen – 2010 um etwa 60 %, 2009 war der Abstand noch größer (69%). Im Vergleich zum Vorjahr ist bei beiden Ge-

schlechtern insgesamt eine Zunahme der Ausfallzeiten in dieser Erkrankungsgruppe zu verzeichnen. Die vermehrten AU-Tage bei Frauen weisen zum einen auf eine höhere psychische Vulnerabilität hin, hängen aber auf der anderen Seite auch mit ärztlichen Diagnosegewohnheiten zusammen, wonach Männern eher organbezogene Krankheitsdiagnosen und Frauen häufiger psychische Störungen attestiert werden.

Während psychische Erkrankungen gemessen an den Krankheitstagen bei Männern 2010 ebenso wie 2009 an vierter Stelle standen, bildeten sie bei Frauen die zweitwichtigste Diagnosegruppe und sind somit, im Vergleich zum Vorjahr, um eine Stelle nach oben gerückt. Mehr Krankheitstage wurden bei Frauen nur durch Muskel- und Skeletterkrankungen hervorgerufen. An dritter Stelle standen bei ihnen Erkrankungen des Atmungssystems. Die drei Hauptdiagnosen mit den meisten AU-Tagen waren bei Männern vor allem Muskel- und Skeletterkrankungen, gefolgt von Verletzungen sowie Atemwegserkrankungen.

Diagramm 2.3

Arbeitsunfähigkeit nach Geschlecht und Krankheitsarten (Tage)



AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2010

Die Bedeutung der psychischen Erkrankungen hat über drei Jahrzehnte der BKK Statistik erheblich zugenommen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage bei psychischen Diagnosen betrug 1976, zu Beginn dieser Statistik, gerade einmal 46 Tage je 100 Pflichtmitglieder bei beiden Geschlechtern und bei Frauen 61 Tage je 100 Pflichtmitglieder; 1980 waren es 64 (Frauen: 82) und 1990 bereits 93, bei Frauen sogar 135 AU-Tage. Somit hatten sich bereits zu diesem Zeitpunkt die psychisch verursachten Krankheitstage bei Frauen mehr als verdoppelt und bei Männern um immerhin 83 % zugenommen.

Im Jahr 2000 wurden in Gesamtdeutschland 101 AU-Tage je 100 Pflichtmitglieder und 124 AU-Tage bei Frauen gemeldet. Seither stiegen die Krankheitszeiten durch psychische Störungen bis 2010 um weitere 94 % auf 196 Tage (2009: 168 Tage) je 100 Pflichtmitglieder insgesamt und um 98 % auf 245 Tage (2009: 215 Tage) je 100 weiblicher Pflichtmitglieder. Das bedeutet eine Verdreifung der AU-Tage allein bei den Frauen seit 1980. Der langfristige Anstieg ist vor dem Hintergrund tiefgreifender sozialer Veränderungen – sowohl im Arbeitsleben wie im privaten oder familiären Umfeld – zu sehen.

Der Anteil der AU-Tage aufgrund psychischer Störungen, gemessen an allen gemeldeten Fehltagen der Pflichtmitglieder, betrug 2010 12,8 %, im Vorjahr hatte er bei 11,4 % gelegen. Insgesamt sind die Anteile der durch diese Erkrankungen verursachten Krankheitstage stark angestiegen. Sie lagen vor 10 Jahren noch um einiges niedriger bei 6,9 % (2000) und vor 20 Jahren nur bei 3,7 % (1990).

2.1.3 AU-Diagnosen nach Alter

Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Morbidität zeigen sich naturgemäß auch altersspezifische Besonderheiten, die in den *Diagrammen 2.4 und 2.5* wiedergegeben sind. Bei den Jüngeren stellten Krankheiten des Atmungssystems, des Verdauungssystems

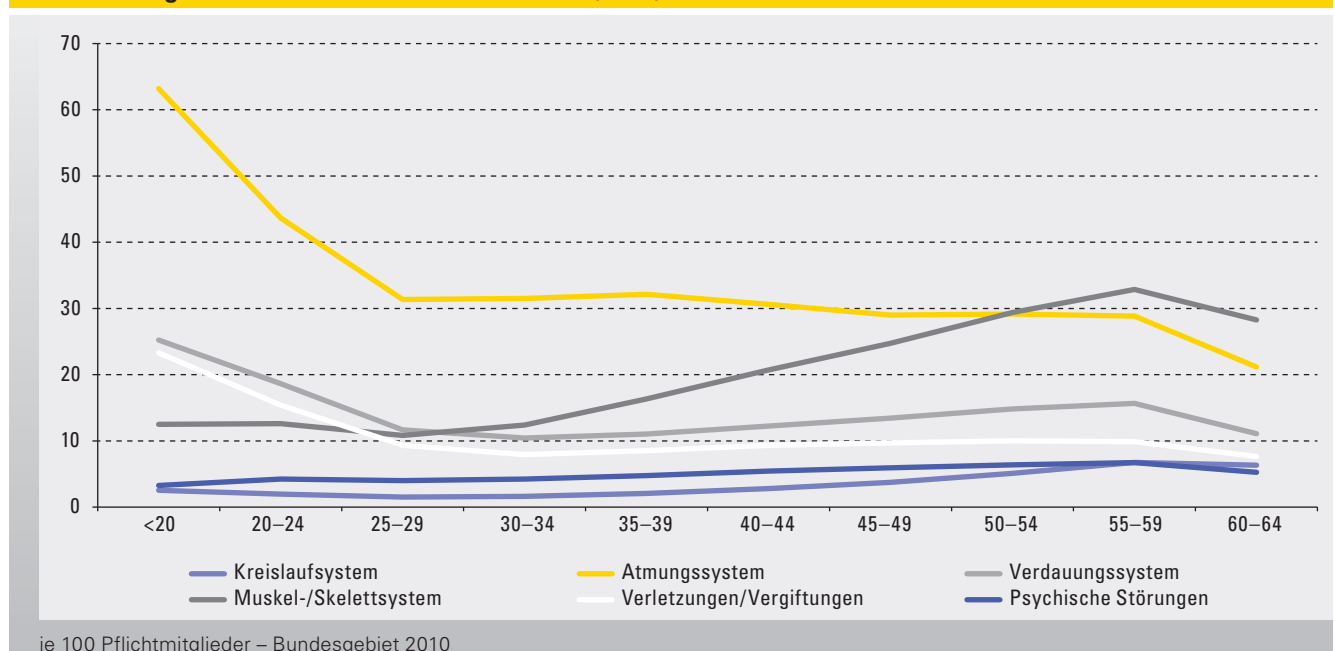
sowie Verletzungen gemessen an den Fallzahlen die häufigsten Krankheitsursachen dar. In der Betrachtung über alle Altersgruppen hinweg verringerten sich allerdings die Fallzahlen für diese Krankheitsgruppen bis zu den 30- bis 34-Jährigen, blieben über die älteren

Jahrgänge relativ stabil und fielen bei den 60- bis 64-jährigen Pflichtmitgliedern weiter ab.

Herz- und Kreislauferkrankungen sowie in weit höherem Umfang Muskel- und Skeletterkrankungen gehören zu den

Diagramm 2.4

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Fälle)



Krankheitsgruppen, die mit zunehmendem Alter nicht nur häufiger auftreten, sondern bedingt durch die Krankheits-schwere zunehmend länger dauern- de Arbeitsunfähigkeiten auslösen. Die meisten AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder waren in der Altersgruppe ab 55 bis unter 60 Jahren zu verzeichnen. Die durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursachten AU-Tage steigerten sich kontinuierlich, beginnend bei den jungen Versicherten unter 20 Jahren und erreichten einen Höchststand bei den 60- bis 64-Jährigen, der 11,5-mal so hoch war wie bei den unter 20-Jährigen.

Die durch psychische Störungen bedingten Krankheitsfälle und Fehlzeiten nahmen ab der jüngsten Altersgruppe fortlaufend zu und erreichten einen Höhepunkt bei den 55- bis 59-Jährigen, bevor sie leicht abfielen. Von der Gruppe der 35- bis 39-jährigen Frauen ausgehend, haben sich die AU-Tage bis hin zu den unter 60-Jährigen verdoppelt, bei den Männern ist ein Anstieg von etwa 70% zu verzeichnen. Insgesamt tritt

diese Diagnosegruppe bei den Frauen häufiger auf als bei den Männern. Die Falldauern erreichten bei den 55- bis 59-Jährigen etwa 47 Tage, bei den 60- bis 64-Jährigen sind es 59 Tage. Bei den 40- bis 59-jährigen Männern liegen die Falldauern mit 39 bis 47 Tagen immer etwas höher als bei den Frauen.

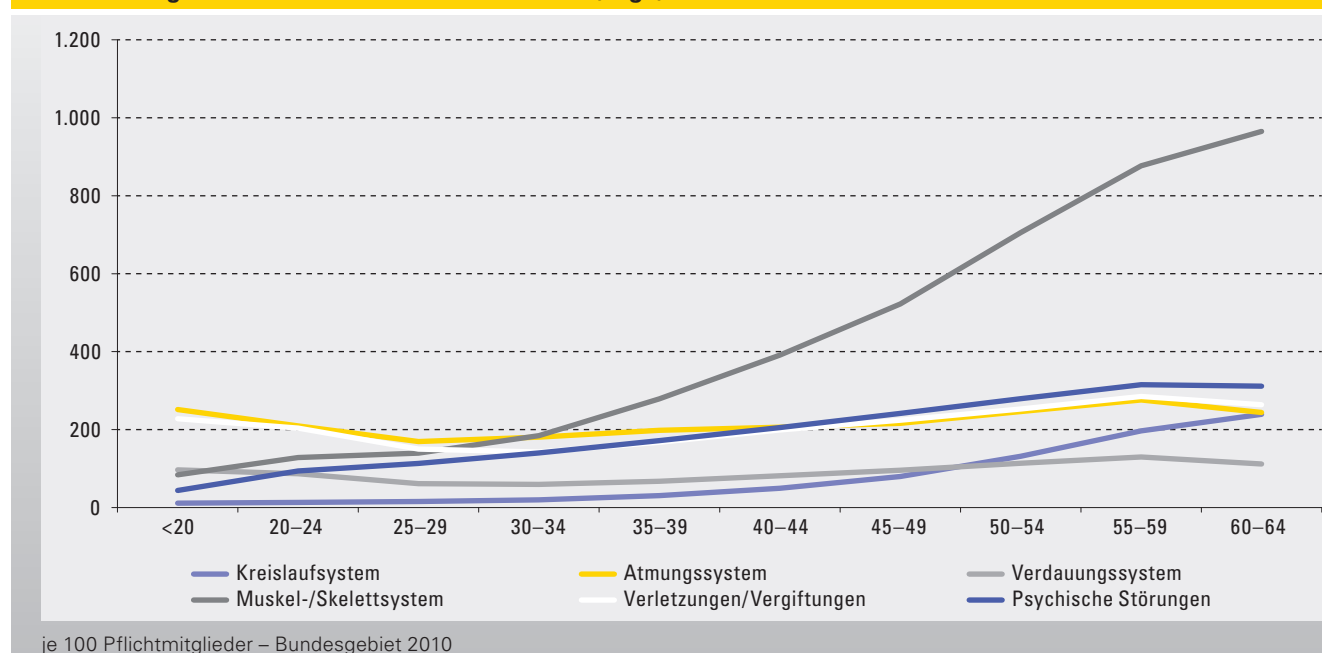
Die altersbezogenen Morbiditätsstrukturen zeigen darüber hinaus in weiteren Diagnosegruppen zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. *Tabelle 1.6 im Anhang*). So steigen die Fehlzeiten durch Neubildungen bei Frauen bereits ab dem Alter von 30 Jahren stärker an als bei Männern, ab 35 Jahren wird die Differenz beider Geschlechter immer deutlicher. Bereits in der Altersgruppe der 40- bis 44-jährigen Frauen waren die Fehlzeiten im Vergleich zu den 25- bis 29-Jährigen auf das 6,4-fache angestiegen, bei den Männern auf das 2,3-fache. Die Differenz der Geschlechter erreicht ihre Spitze bei den 40- bis 44-Jährigen mit bei den Frauen um das 2,8-fache

erhöhte Ausfallzeiten. In der nächst höheren Altersklasse, die noch 2009 mit einer 2,7-fachen erhöhten Differenz die Spitze darstellte, verringert sich dieser Abstand auf das 2,5-fache. Ab einem Alter von 50 Jahren zeigt sich: Je höher die Altersstufen, umso mehr reduziert sich die Differenz durch die stärkere Zunahme der Krebsmorbidity bei Männern – in der Altersklasse der 50- bis 54-Jährigen übersteigt der Anteil der Frauen den der Männer noch um das 1,8-fache und fällt dann kontinuierlich ab. Insgesamt wurden bei den Frauen jedoch mehr AU-Tage durch Neubildungen gemeldet als bei den Männern.

Bei Männern spielen indessen Herz- und Kreislauferkrankungen ab einem Alter von 40 Jahren eine stärkere Rolle als bei Frauen. Liegt der Vergleichswert für Männer in dieser Altersgruppe (40 bis 44 Jahre) noch bei einem 1,4-fachen Wert gegenüber den Frauen, so steigt er über die nächst höheren Altersgruppen hinweg immer weiter an bis auf das 2,1-fache bei den 60- bis 64-Jährigen.

Diagramm 2.5

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



2.2 Berufliche und soziale Lage

Morbidität und Höhe der Arbeitsunfähigkeit werden häufig stärker noch als durch Alter und Geschlecht durch die berufliche und soziale Lage bestimmt. Diese lässt sich – in grober Annäherung – anhand der Versicherungsart bzw. der Stellung im Beruf nachvollziehen. Im Folgenden wird die AU-Morbidität der BKK Mitglieder nach ihrem Status dargestellt, der sich nach Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten unterteilt. Zu

den Pflichtversicherten zählen Arbeiter, Angestellte, Teilzeitbeschäftigte und Arbeitslose (bei AU: ALG-I-Empfänger⁵), während freiwillig Versicherte Anspruch auf Krankengeld haben und ihr Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze liegt. Insgesamt wurden 2010 5,6 Mio. erwerbstätige Mitglieder erfasst. Unter den 5,0 Mio. beschäftigten BKK Pflichtmitgliedern waren, nach dem Tätigkeitsschlüssel differenziert,

1,76 Mio. Arbeiter, 1,85 Mio. Angestellte, 966 Tsd. Teilzeitbeschäftigte sowie kleinere Gruppen (z.B. Auszubildende) mit insgesamt rund 426 Tsd. Mitgliedern. Hinzu kommen 591 Tsd. freiwillig krankenversicherte Beschäftigte mit einem Jahreseinkommen von über 49.950 Euro. In die AU-Auswertungen wurden weiterhin 176 Tsd. (krankengeldberechtigte) ALG-I-Empfänger einbezogen.

2.2.1 Arbeitsunfähigkeit nach beruflichem Status

Aus der *Tabelle 2.1* ist ersichtlich, wie deutlich sich die Erwerbsstrukturen bei Männern und Frauen unterscheiden. So waren die als Pflichtmitglied versicherten Arbeiter oder Facharbeiter zu

83% männlich, während die weiblichen Beschäftigten bei den Angestellten mit anteilig 59% überwogen.⁶ Nur 12% der pflichtversicherten Frauen gingen einer gewerblichen Tätigkeit nach, bei

den Männern waren es mit 56% mehr als die Hälfte. 46% der Frauen hatten Vollzeitjobs als Angestellte, 34% arbeiteten in Teilzeit. Pflichtversicherte Männer waren nur zu etwa 29% im Angestellten-

Tabelle 2.1

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus

Versichertengruppe	Geschlecht	Mitglieder in Tsd.	Arbeitsunfähigkeit					Arbeitsunfälle	
			Fälle je 100	Fälle je Mitglied	AU-Tage je 100	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall	Fälle je 100	Tage je 100
Pflichtversicherte Beschäftigte	Männer	2.653	114,9	1,1	1.515,8	15,2	13,2	4,5	96,6
	Frauen	2.355	116,6	1,2	1.446,4	14,5	12,4	2,1	41,2
	insgesamt	5.008	115,7	1,2	1.483,2	14,8	12,8	3,4	70,6
davon sind:									
Pflichtversicherte Arbeiter	Männer	1.473	122,7	1,2	1.789,9	17,9	14,6	5,9	131,0
	Frauen	292	133,0	1,3	2.015,8	20,2	15,2	3,8	84,1
	insgesamt	1.765	124,4	1,2	1.827,3	18,3	14,7	5,6	123,2
Pflichtversicherte Angestellte	Männer	757	80,0	0,8	957,9	9,6	12,0	1,6	36,0
	Frauen	1.093	105,2	1,1	1.205,1	12,1	11,5	1,5	27,4
	insgesamt	1.851	94,9	0,9	1.103,9	11,0	11,6	1,5	30,9
Teilzeitbeschäftigte	Männer	172	84,3	0,8	1.204,0	12,0	14,3	2,4	54,2
	Frauen	794	102,4	1,0	1.449,3	14,5	14,2	1,9	40,2
	insgesamt	966	99,2	1,0	1.405,7	14,1	14,2	2,0	42,7
Freiwillig versicherte Beschäftigte	Männer	491	52,6	0,5	580,0	5,8	11,0	0,6	13,1
	Frauen	100	40,1	0,4	467,8	4,7	11,7	0,4	7,4
	insgesamt	591	50,5	0,5	561,0	5,6	11,1	0,6	12,1
Arbeitslose (nur ALG-I-Empfänger)	Männer	97	61,9	0,6	2.667,9	26,7	43,1	–	–
	Frauen	79	72,3	0,7	2.784,1	27,8	38,5	–	–
	insgesamt	176	66,6	0,7	2.720,4	27,2	40,9	–	–

⁵ In die AU-Auswertungen werden nur die ALG-I-Empfänger einbezogen, da die ALG-II-Empfänger keinen Krankengeldanspruch besitzen und somit für sie bei den Krankenkassen i.d.R. auch keine AU-Fälle geführt werden.

⁶ Ohne Teilzeitkräfte

verhältnis und nur zu etwa 7 % in Teilzeit beschäftigt.

Die Versicherungspflichtgrenze wurde von 15,6 % der männlichen erwerbstätigen BKK Mitglieder überschritten. Dieser Anteil der freiwillig Versicherten lag mit 4,1 % bei den Frauen sehr viel niedriger. Der Anteil der freiwillig Versicherten an den gesamten Erwerbstätigen hat sich von 2009 auf 2010 um 0,7 Prozentpunkte minimal erhöht auf 10,6 % (2009: 9,9 %). Bei Betrachtung der absoluten Werte bei beiden Geschlechtern ist ebenfalls ein Anstieg der freiwillig Versicherten zu verzeichnen, trotz gestiegener Pflichtversicherungsgrenze.

Im Vergleich zu den Erwerbspersonen lag die Quote der ALG-I-Empfänger 2010 lediglich bei 3,1 %. Damit lag dieser Wert

in der Mitte des Schwankungsbereichs der Vorjahre. 2009 waren 3,4 %, wohingegen es 2008 nur 2,8 %, 2007 3,4 % und 2006 4,5 % waren.

Bei den freiwillig versicherten Beschäftigten sind die Arbeitsunfähigkeitstage um etwa 0,2 Tage gesunken, während sie bei den pflichtversicherten Erwerbspersonen um 0,4 Tage angestiegen sind (von 14,4 auf 14,8 AU-Tage je Mitglied). Die AU-Tage der Arbeitslosen stiegen allerdings wieder ungewöhnlich hoch auf 27,2 Tage an, während sie 2009 noch bei 20,9 Tagen lagen. Im Jahre 2008 waren die AU-Tage der Arbeitslosen mit 25,8 Tagen ähnlich hoch. Auch die durchschnittliche Falldauer der ALG-I-Empfänger erhöhte sich auf einen Rekordwert von knapp 41 Tagen, während sie in den Vorjahren noch mit 31 bzw.

37 Tagen deutlich darunter gelegen hatten. Mit Ausnahme dieser Gruppe der Arbeitslosen ist die Falldauer bei den anderen Gruppen weitgehend konstant geblieben.

Arbeiter, Angestellte und Teilzeitbeschäftigte

Die Bedeutung des beruflichen Status für die Arbeitsunfähigkeit wird besonders beim Vergleich zwischen Arbeitern und Angestellten deutlich: So wurden für Arbeiter 2010 durchschnittlich 18,3 (+0,1) AU-Tage je Mitglied gemeldet, die Erkrankungstage der Angestellten lagen demgegenüber mit 11,0 (–0,2) AU-Tagen je Mitglied um knapp 40 % niedriger.

Die Gruppe der Teilzeitbeschäftigten ist in den letzten Jahren immer größer

Tabelle 2.2

Teilzeitbeschäftigung und Arbeitsunfähigkeit in wichtigen Berufen

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Geschlecht	Mitglieder	MTG bmi	Anteil Teilzeit in Berufsgruppe	Arbeitsunfähigkeit Fälle je Mitglied	Arbeitsunfähigkeit Tage je Mitglied
Speisenbereiter	41	Männer	3.764	27.822	13,5%	0,67	8,1
		Frauen	15.445	32.316	47,8%	1,16	19,1
		insgesamt	19.209	60.138	31,9%	1,07	17,0
Techniker	62	Männer	8.933	143.990	6,2%	0,80	10,4
		Frauen	5.502	22.798	24,1%	1,17	14,1
		insgesamt	14.435	166.787	8,7%	0,94	11,8
Warenkaufleute	68	Männer	9.447	128.636	7,3%	0,66	9,3
		Frauen	109.431	251.129	43,6%	0,93	15,7
		insgesamt	118.878	379.764	31,3%	0,91	15,2
Bank-, Versicherungskaufleute	69	Männer	3.405	61.356	5,5%	0,70	7,9
		Frauen	33.702	111.796	30,1%	1,01	11,2
		insgesamt	37.107	173.152	21,4%	0,98	10,9
Berufe des Nachrichtenverkehrs	73	Männer	6.171	22.647	27,2%	1,01	14,8
		Frauen	22.357	41.094	54,4%	1,26	21,4
		insgesamt	28.528	63.741	44,8%	1,20	19,9
Unternehmer	75	Männer	1.760	55.698	3,2%	0,41	5,3
		Frauen	8.151	52.179	15,6%	0,68	7,0
		insgesamt	9.911	107.878	9,2%	0,63	6,7
Bürofach-, Bürohilfskräfte	78	Männer	14.379	225.701	6,4%	0,76	10,1
		Frauen	187.641	652.893	28,7%	0,96	11,4
		insgesamt	202.020	878.593	23,0%	0,95	11,4
Übrige Gesundheitsdienstberufe	85	Männer	6.316	39.795	15,9%	0,82	13,0
		Frauen	99.120	297.498	33,3%	0,94	14,6
		insgesamt	105.436	337.292	31,3%	0,93	14,5
Sozialpflegerische Berufe	86	Männer	8.809	33.633	26,2%	0,83	11,7
		Frauen	84.584	168.205	50,3%	1,24	15,5
		insgesamt	93.394	201.838	46,3%	1,20	15,1
Lehrer	87	Männer	6.004	19.442	30,9%	0,44	5,2
		Frauen	17.595	30.671	57,4%	0,77	9,4
		insgesamt	23.599	50.113	47,1%	0,69	8,3
Reinigungsberufe	93	Männer	5.678	31.806	17,9%	0,93	14,7
		Frauen	51.482	71.512	72,0%	1,18	20,8
		insgesamt	57.160	103.319	55,3%	1,16	20,2
alle Berufe		Männer	171.773	3.143.858	5,5%	0,84	12,0
		Frauen	793.739	2.455.050	32,3%	1,02	14,5
		insgesamt	965.512	5.598.907	17,2%	0,99	14,1

geworden. Etwa jede/-r fünfte Beschäftigte arbeitete 2010 in Teilzeit. Dabei ist Teilzeit immer noch eine Domäne der Frauen. Während die Männer mit 18% (2009: 17%) in dieser Gruppe vertreten sind, liegt der Anteil der Frauen etwa fünfmal so hoch bei 82%. Die stärkste Altersgruppe insgesamt sind die 45- bis 54-Jährigen; sie sind mit 31% bei den Teilzeitbeschäftigten vertreten. Auch unter den Frauen machen sie insgesamt den größten Anteil aus mit rund 35%. Bei den Männern hingegen sind die 55-jährigen und älteren Teilzeitbeschäftigten mit 43% am stärksten vertreten (2009: 40%), bei den Frauen macht diese Altersgruppe nur etwa 16% (2009: 15%) aus. Dies ist auch auf die unterschiedlichen Gründe zur Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. Während bei jüngeren Frauen stärker der Ausgleich zwischen Familie und Beruf im Vordergrund stehen dürfte, hat Teilzeit bei Männern anscheinend eher eine Brückenfunktion zwischen Beschäftigung und Nicht-Beschäftigung.

Teilzeitkräfte lagen mit im Durchschnitt 14,1 (+0,04) AU-Tagen je Mitglied leicht unter dem Gesamtergebnis der pflichtversicherten Beschäftigten, was mit der unterschiedlichen Verteilung nach Berufen zusammenhängt. Teilzeitbeschäftigte Frauen fehlten mit 14,5 AU-Tagen je Mitglied länger als männliche Teilzeitkräfte mit 12,0 AU-Tagen.

Die *Tabelle 2.2* zeigt, dass Teilzeitbeschäftigte insbesondere als Bürokräfte, Warenkaufleute sowie in Gesundheits- und sozialpflegerischen Berufen tätig sind, wobei sich Frauen mit 92,5% zahlenmäßig viel stärker in diesen Berufen konzentrieren als Männer (7,5%). Frauen arbeiteten außerdem häufig in Reinigungsberufen sowie als Bank- und Versicherungskaufleute. Der höchste Anteil weiblicher Teilzeitbeschäftigte findet sich bei den übrigen Gesundheitsdienstberufen mit 94,0%. Die höchsten Teilzeitquoten der Männer waren bei Lehrern, im Nachrichtenverkehr und bei sozialpflegerischen Berufen zu finden, wobei sich diese stets deutlich unter denen der weiblichen Beschäftigten bewegten. So waren die männlichen (angestellten) Lehrer⁷ mit einem Anteil von 31% nur etwa

halb so häufig wie Frauen teilzeitbeschäftigt. Bei Führungskräften wie Unternehmern kommt die Geschlechterdifferenz noch stärker zum Tragen: Nur rund 16% der weiblichen und lediglich 3% der männlichen freiwillig versicherten Unternehmer arbeiteten in Teilzeit.

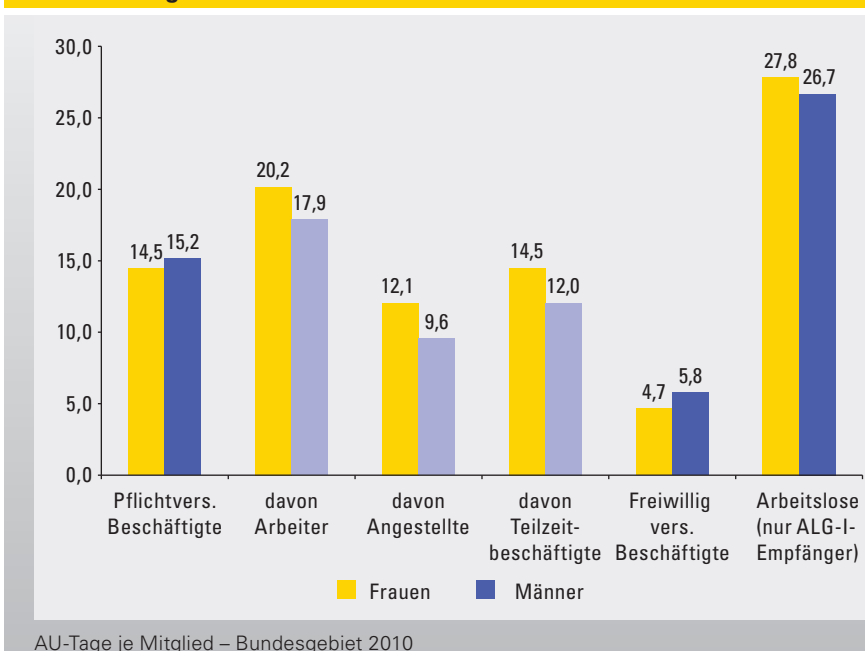
Die höchsten Fehlzeiten der Teilzeitbeschäftigten wiesen 2010 u.a. folgende Berufe auf: Getränke- und Genussmittelhersteller, Kunststoffverarbeiter, Metallverbinder, Reinigungsberufe, Sicherheitswahrer, Berufe des Nachrichtenverkehrs, Montierer und Metallberufe, Textilhersteller sowie Straßen- und Tiefbauer. Hier lagen die Ausfallzeiten zwischen 19 und 23 AU-Tagen. Auch Chemiarbeiter, in hauswirtschaftlichen Berufen Tätige, Lagerverwalter, Schlosser, Maler und Lackierer sowie Beschäftigte des Landverkehrs erkrankten noch an rund 18 Tagen. Am unteren Ende der Fehlzeitskala finden sich u.a. Geistes- und Naturwissenschaftler, Ingenieure, Ärzte und Apotheker, Abgeordnete sowie Unternehmer und Lehrer, die fünf bis acht AU-Tagen krankgeschrieben waren.

Weibliche und männliche Beschäftigte

Das *Diagramm 2.6* zeigt auf, dass die weiblichen Pflichtversicherten 2010 im Durchschnitt geringere Fehlzeiten aufwiesen als Männer (14,5 AU-Tagen gegenüber 15,2 AU-Tagen je Pflichtmitglied). Innerhalb der einzelnen Vergleichsgruppen dreht sich indessen das Verhältnis um. Bei weiblichen Arbeiterinnen, Angestellten, Teilzeitbeschäftigten und ALG-I-Empfängerinnen lagen wie im Jahr 2009 die durchschnittlichen Krankheitszeiten über denen der Männer. Dies ist auf den hohen Anteil angestellter Frauen zurückzuführen, die generell eine geringere Krankheitslast haben. Für die innerhalb der Vergleichsgruppen beobachtete höhere Morbidität der Frauen dürften die bereits in *Kapitel 2.1* und oben angesprochenen ungleichen beruflichen Stellungen und Aufstiegsmöglichkeiten, häufig auch einseitige körperliche oder mentale Belastungen und Parallelbelastungen durch Familie und Beruf maßgebend sein.

Diagramm 2.6

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus



⁷ Beamtete Lehrer sind nicht bei Betriebskrankenkassen versichert und somit nicht in dieser Statistik enthalten.

Gutverdienende und Arbeitslose

Im Gegensatz zu den Pflichtversicherten sind bei den freiwillig Versicherten besonders niedrige Fehlzeiten zu verzeichnen. Diese durch höhere Qualifikationen, höhere Einkommen und oft auch größere individuelle Gestaltungsspielräume in ihrer Arbeit gekennzeichnete Versichertengruppe wies mit 5,6 AU-Tagen je Mitglied (–0,2 Tage zum Vorjahr) nicht einmal die Hälfte des AU-Volumens der beschäftigten Pflichtmitglieder auf. Die Fehltagelast der freiwillig versicherten Männer sanken im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Tage, bei den Frauen etwas mehr um 0,4 Tage. Insgesamt waren die Frauen rund einen Tag (0,7 AU-Tagen) seltener krank geschrieben als ihre männlichen Kollegen (vgl. *Tabelle 2.1*).

Die ALG-I-Empfänger hatten auch 2010 wie im Vorjahr mit durchschnittlich 27,2 AU-Tagen je Mitglied (2009: 20,9 AU-Tagen) den mit Abstand höchsten Krankenstand aller Versichertengruppen. Da Arbeitslose bei kürzeren Erkrankungen zumeist

auf eine Krankmeldung verzichten, sind zwar die Fallzahlen bei Arbeitsunfähigkeit niedriger als bei Pflichtversicherten in Beschäftigung (0,7 Fälle zu 1,2), die auftretenden Fälle sind jedoch mit extrem langen Krankheitsdauern verbunden. Mit 40,9 Tagen je Fall war die durchschnittliche Falldauer 2010 etwa 3,5-mal so hoch wie für pflichtversicherte Angestellte und immerhin noch 2,8-mal so hoch wie bei Arbeitern (vgl. *Tabelle 2.1*).

Die AU-Fallzahlen der Arbeitslosen je 100 Versicherte sind im Vergleich zu 2009 (66,8) weiter um 0,2 auf 66,6 Fälle gesunken (2008: 69,8 je 100 Versicherte). Hingegen ist die durchschnittliche Falldauer massiv um 9,5 Tage (von 31,4 auf 40,9 Tage) angestiegen. Die Krankheitsdauer der arbeitslosen Männer lag im Schnitt um 4,6 Tage je Fall über der der Frauen, dennoch hatten sie aufgrund niedrigerer Fallzahlen je Mitglied weniger Krankheitstage als erwerbslose Frauen – nämlich rund einen Tag weniger. Insgesamt sind die AU-Tagen, im Vergleich zu 2009, bei Frauen wie bei Männern stark

angestiegen (5,1 bzw. um 7,2). Gleiches gilt für die Falldauer: ein Anstieg bei Frauen um 8,3 Tage, bei Männern sogar um 10,6 Tage (vgl. *Tabelle 2.1*).

Die auffällig hohe Krankheitsdauer bei Arbeitslosen deutet auf besondere Morbiditätsbelastungen hin, die sich auch in der Betrachtung der Krankheitsarten widerspiegelt. Hierbei ist davon auszugehen, dass sich in dem deutlich schlechteren Gesundheitsstatus sowohl Ursachen als auch Folgen der Arbeitslosigkeit niederschlagen.⁸ Zudem könnte die höhere Krankheitslast dieser Gruppe auch damit zusammenhängen, dass sie gegen Präsentismus unempfindlicher ist, das heißt, der Anreiz, krank zur Arbeit zu gehen, fällt hier weg.

Der Sonderbeitrag „Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen“ (*Bellwinkel, S. 66 ff.*) im Themenblock „Dynamik der Arbeitswelt“ beschäftigt sich eingehend mit den Auswirkungen der Arbeitslosigkeit und einem Ansatz zur gezielten Gesundheitsförderung.

2.2.2 Krankheitsarten nach beruflicher und sozialer Lage

Die *Tabelle 2.3* gibt einen Überblick über die Arbeitsunfähigkeit in den einzelnen Versichertengruppen nach den verschiedenen Krankheitsarten (vgl. auch *Tabelle 2 im Anhang*). Muskel- und Skeletterkrankungen bilden bei allen Versichertengruppen den auffälligsten Schwerpunkt, der bei Arbeitern (32,8% der AU-Tagen) und Arbeitslosen (31,6% der AU-Tagen) sowie Teilzeitbeschäftigten (27,0% der AU-Tagen) am größten ist. Bei Angestellten und freiwilligen Mitgliedern fällt der Anteil mit 20,0 bzw. 21,9% der Krankheitstage deutlich geringer aus. Körperlicher Verschleiß und die mit gewerblichen Tätigkeiten häufig verbunde-

nen gesundheitlichen Belastungen wie schwere oder einseitige körperliche Arbeit, Zwangshaltungen am Arbeitsplatz oder auch Arbeit im Freien schlagen sich in diesen Unterschieden nieder.

Nach Muskel- und Skeletterkrankungen entfällt bei Arbeitern der zweitgrößte Anteil an AU-Tagen mit 16,4% auf Verletzungen und Vergiftungen. Da bei Arbeitern die Unfallgefahr am Arbeitsplatz am höchsten ist, spielt diese Diagnosegruppe naturgemäß bei den anderen Versichertengruppen eine deutlich geringere Rolle. Bei Angestellten, Teilzeitbeschäftigten, freiwilligen Mitglie-

dern und Arbeitslosen liegen die Anteile der verletzungsbedingten AU-Tagen nur zwischen 8,4 und 12,2%.

Psychische Störungen bestimmen insbesondere bei Arbeitslosen das Krankheitsgeschehen, sie bilden mit 25,7% aller AU-Tagen die zweithäufigste Erkrankung bei den Arbeitslosen. Auch bei Angestellten und bei Teilzeitkräften bilden diese Krankheitsursachen mit Anteilen von rund 16,4% bzw. 13,7% (2009: 14,5% bzw. 12,6%) immerhin die drittstärkste Erkrankungsgruppe. Der Trend der Zunahme psychischer Erkrankungen setzt sich somit auch 2010 fort. Bei den

⁸ EGGER, Andrea et al. (2006): Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin (ASU), Heft 01/2006, S.16–20

Tabelle 2.3

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertenstatus und Krankheitsarten

Krankheitsart	Pflichtvers. Beschäftigte	davon			Freiw. vers. Beschäftigte	Arbeitslose (ALG-I-Empf.)
		Arbeiter	Angestellte	Teilzeit- beschäftigte		
AU-Tage je 100 Mitglieder						
Muskel- und Skeletterkrankungen	394	600	220	379	123	861
Krankheiten des Atmungssystems	214	225	185	196	91	150
Verletzungen und Vergiftungen	202	300	115	151	69	229
Psychische Störungen	178	146	181	193	66	698
Krankheiten des Verdauungssystems	86	103	65	70	38	109
Krankheiten des Kreislaufsystems	67	96	44	57	36	135
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	61	65	51	52	24	44
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	58	65	46	57	21	97
Neubildungen	57	54	50	71	31	118
Krankheiten des Nervensystems	38	46	28	41	13	87
Krankheiten des Urogenitalsystems	27	24	25	35	9	33
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	26	24	31	17	8	24
Krankheiten der Haut und Unterhaut	20	28	12	15	6	30
Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10	12	8	11	4	24
Gesamt	1.483	1.827	1.104	1.406	561	2.720

Krankheitsart	Pflichtvers. Beschäftigte	davon			Freiw. vers. Beschäftigte	Arbeitslose (ALG-I-Empf.)
		Arbeiter	Angestellte	Teilzeit- beschäftigte		
Anteile an allen AU-Tagen in %						
Muskel- und Skeletterkrankungen	26,6	32,8	20,0	27,0	21,9	31,6
Krankheiten des Atmungssystems	14,4	12,3	16,7	13,9	16,3	5,5
Verletzungen und Vergiftungen	13,6	16,4	10,4	10,8	12,2	8,4
Psychische Störungen	12,0	8,0	16,4	13,7	11,8	25,7
Krankheiten des Verdauungssystems	5,8	5,6	5,9	5,0	6,7	4,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,5	5,2	4,0	4,0	6,4	5,0
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	4,1	3,6	4,6	3,7	4,3	1,6
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,9	3,5	4,2	4,0	3,8	3,6
Neubildungen	3,8	3,0	4,5	5,1	5,5	4,3
Krankheiten des Nervensystems	2,5	2,5	2,5	2,9	2,2	3,2
Krankheiten des Urogenitalsystems	1,8	1,3	2,2	2,5	1,6	1,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	1,7	1,3	2,8	1,2	1,5	0,9
Krankheiten der Haut und Unterhaut	1,3	1,5	1,1	1,0	1,0	1,1
Ernährungs- und Stoffwechselkrankeiten	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*bezogen auf je 100 weibliche Mitglieder

Arbeitslosen stiegen die hierdurch verursachten Krankheitstage von 2009 auf 2010 um rund zwei Tage an (5,2 auf 7,0 AU-Tage).

Bei Angestellten und freiwillig Versicherten fallen auch die Krankheiten des Atmungssystems mit 16 bis 17% der AU-Tage stärker ins Gewicht – allerdings nur in Bezug auf den prozentualen Anteil. Die absolut durch diese Erkrankungen verursachten Ausfalltage (rund 1 bis 2 Tage) liegen bei ihnen auch in dieser Diagnosegruppe unter denen der Arbeiter von 2,3 Tagen.

Extreme Unterschiede zwischen Arbeitslosen und Beschäftigten

Wie eklatant sich die Morbiditätsstrukturen zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen unterscheiden, wird aus der *Tabelle 2.3* ersichtlich. So weisen Arbeitslose mit Ausnahme von Erkrankungen des Atmungssystems sowie infektiösen und parasitären Erkrankungen und Verletzungen und Vergiftungen höhere Fehlzeiten auf als die pflichtversicherten Beschäftigten.

Extreme Unterschiede finden sich bei psychischen Störungen. Diese verursachen bei Arbeitslosen gut das Vierfache an AU-Zeiten im Vergleich zu den pflichtversicherten Beschäftigten und sogar fast elfmal so viele Krankheitstage wie bei den freiwillig Versicherten. Der mit 25,7% besonders hohe Anteil der psychischen Krankheitsursachen übersteigt die Vergleichswerte der übrigen Gruppen bei weitem. Seit Jahren steigen die durch psychische Erkrankungen ausgelösten Krankheitstage an. Verantwortlich hierfür dürften nicht zuletzt zunehmende Friktionen im beruflichen Umfeld der Betroffenen sein. Bei Arbeitslosen kann der Verlust des Arbeitsplatzes seelische Krankheiten auslösen oder verstärken, ebenso können schwere psychische Erkrankungen schon vorher den Erhalt des Arbeitsplatzes gefährdet haben. Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich die psychische Befindlichkeit nach dem Verlust des Arbeitsplatzes auf jeden Fall verschlechtert, während sie sich bei Per-

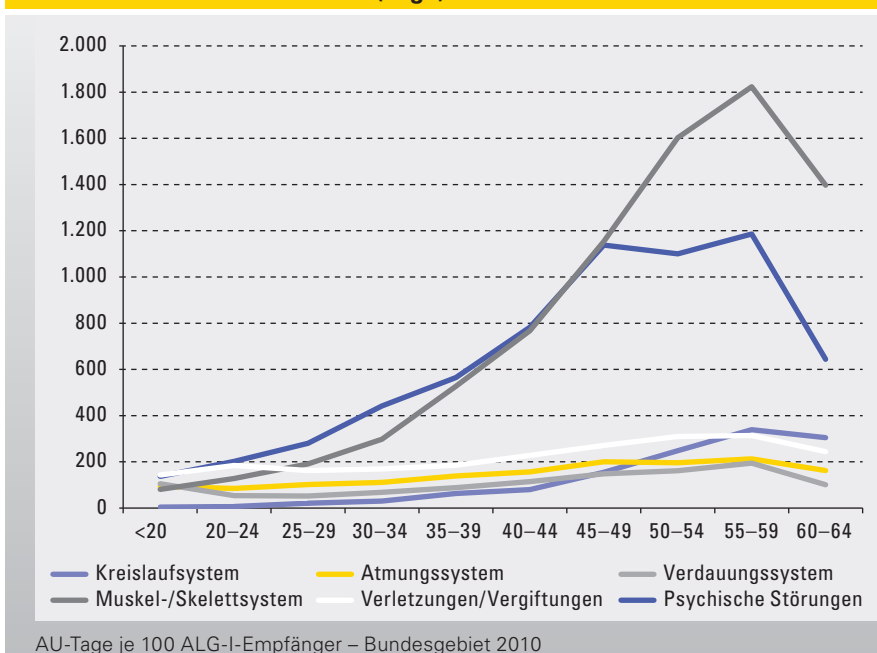
sonen, die wieder eine neue Arbeit finden, verbessert. Auf der anderen Seite zeigen sich Selektionseffekte, wonach Personen mit psychischen Problemen ein erhöhtes Risiko haben, arbeitslos zu werden.⁹

Die größere Morbidität der Arbeitslosen zeigt sich auch in Krankheitsgruppen, die in der Summe nur einen sehr geringen Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen haben, wie z.B. Stoffwechselerkrankungen. Mit dieser Diagnose verzeichneten Arbeitslose zweieinhalbmal so viele Krankheitstage wie Pflichtversicherte und rund sechsmal so viele wie freiwillig Versicherte. Eine ähnliche Situation stellt sich bei den Neubildungen dar. Sie verursachen bei den ALG-I-Empfängern doppelt so viele AU-Tage wie bei den Pflichtversicherten und fast viermal so viele wie bei den freiwillig Versicherten. Eine vergleichbar größere Morbidität zeigt sich ebenfalls bei den Krankheitszeiten durch Herz- und Kreislauferkrankungen oder Erkrankungen des Nervensystems.

Die AU-Morbidität der Arbeitslosen zeichnet sich ferner schon in den mittleren Altersgruppen durch sehr hohe Fehlzeiten aus. Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychische Störungen machen mehr als die Hälfte aller Krankheitstage in der Gruppe der ALG-I-Empfänger aus. Gerade in den mittleren Altersgruppen erfahren diese Diagnosen der ALG-I-Empfänger noch einmal deutliche Zuwächse, wie das *Diagramm 2.7* verdeutlicht. Auch Herz- und Kreislauf-Diagnosen tragen zum Anstieg der AU-Fälle und -Tage der ALG-I-Empfänger ab 45 Jahren bei. Der Höchststand der AU-Morbidität zeigt sich bei den 55- bis 59-Jährigen und fällt in der ältesten Arbeitsgruppe wieder deutlich ab, was auf das weiter nach hinten geschobene Ausscheiden der Beschäftigten mit gesundheitlichen Einschränkungen aus dem Arbeitsmarkt durch Frühberentungen bzw. den Übergang in den ALG-II-Bezug hindeutet.

Diagramm 2.7

Arbeitsunfähigkeit der Empfänger von Arbeitslosengeld nach Alter und Krankheitsarten (Tage)



⁹ EGGER, Andrea et al. (2006): Gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitslosigkeit. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin (ASU), 01/2006, S.16–20.

Zukunft der Arbeit

Dynamik in der Arbeitswelt



Dynamik in der Arbeitswelt – Dienstleistungen in der Gestaltungsherausforderung

Gesundheit, Bildung und Ökologie als prioritäre Gestaltungsfelder für die Zukunft der Arbeit¹

Josef Hilbert

Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen

Mit Blick auf die Wirtschaft war 2011 ein Jahr großer Unwägbarkeiten. Insbesondere die absurden Turbulenzen in der internationalen Finanzwirtschaft brachten und bringen bei Wirtschafts-, Arbeits- und Zukunftsforschern immer wieder neue Zweifel, ob es wirklich sinnvoll und verantwortbar ist, nach klaren Aussagen über die Wirtschafts- und Arbeitslandschaft der Zukunft zu suchen. Gleichwohl soll dieses Wagnis in den folgenden Ausführungen unternommen werden. Ziel ist es, die wichtigsten Trends des wirtschaftlich relevanten Strukturwandels zu umreißen und seine Folgen für die Arbeitslandschaft sowie für die Wirtschafts- und Arbeitspolitik herauszuarbeiten. Dabei wird sich herausstellen, dass eine neue Dienstleistungspolitik gefordert ist: Sie sollte zum einen darauf setzen, den Weg in die Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft durch die Gestaltung ausgewählter Dienstleistungsbranchen kraftvoll weiterzugehen, und zum anderen dafür sorgen, dass Dienstleistungsorientierung – sprich: die Berücksichtigung und das Eingehen auf (die oft individuellen) Bedürfnisse und Interessen von Kunden, Patienten und Bürgern – zu einem dominierenden Orientierungsprinzip für die Gesamtwirtschaft werden. Beides wird nur möglich sein, wenn es zu einer deutlichen Aufwertung des Faktors Arbeit in den Produktions- und Dienstleistungsprozessen der Zukunft kommt.

Megatrends

An Aussagen über grundlegende Trends zum gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Wandel herrscht kein Mangel. Gerade deshalb ist es schwer, die Spreu vom Weizen zu trennen, sprich: die zentralen, langfristig und nachhaltig wirkenden Trends herauszuarbeiten und zu verstehen. Im Folgenden soll auf drei

solcher Megatrends eingegangen werden, die in den einschlägigen Debatten und Publikationen weitgehend unstrittig sind.

■ **Tertiärisierung:** Alle hochentwickelten Wirtschaftssysteme werden durch *Dienstleistungen* geprägt. Erstmals um 1970 übertraf in Deutschland die Zahl der Beschäftigten in Dienstleistungsbranchen die Zahl der Arbeitsplätze in der Industrie. Die Wirtschaft wurde zur Dienstleistungswirtschaft, sie tertiärisierte sich. Dieser noch immer andauernde Wandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft hat viele Ursachen. Ganz wichtig ist etwa gewesen, dass die hohen Produktivitätsfortschritte in der Industrie zeitliche und finanzielle Freiräume dafür öffneten, sich mit Freizeit, Reisen oder Kultur zu befassen. Darüber hinaus hat eine große Rolle gespielt, dass viele Arbeiten, die früher von Familien oder Nachbarschaften in Eigenregie erledigt wurden – etwa die Betreuung von Kindern oder die Pflege Älterer – nunmehr von öffentlichen oder privaten Dienstleistungsanbietern erledigt werden. Etwa seit der Jahrtausendwende wird in der Politik verstärkt darüber debattiert, dass die Dienstleistungsgesellschaft sich zur Wissensgesellschaft weiterentwickelt, in der zum einen die Kenntnisse und Fertigkeiten der Beschäftigten immer bedeutender werden, zum anderen Wissensdienstleister – von den Bildungs- und Qualifizierungsanbietern über die Business and Strategy Consultants bis hin zu den Karriere- und Lebensberatern – das Profil der Wirtschaft stark prägen. Das Wirtschaftsforschungs- und Beratungsunternehmen Prognos oder auch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur

für Arbeit rechnen damit, dass sich der Bedeutungsgewinn der Dienstleistungen in den kommenden zwei Jahrzehnten weiter fortsetzen wird, allerdings nicht mehr so dynamisch wie in den zurückliegenden Dekaden (Prognos 2011, S. 6 f.).

■ **Internationalisierung/Globalisierung:** Das Wirtschaftsgeschehen gestaltet sich immer *internationaler*. Zunächst schlug sich dies in einer Ausweitung der internationalen Handelsströme (Im- und Export) nieder, in den 80er- und 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts wurden diese Formen der Internationalisierung ergänzt um eine fortschreitende Vernetzung von Produktions- und Dienstleistungsprozessen – über Kontinente hinweg in einer global optimierten Form von inner- und überbetrieblicher Arbeitsteilung. Mittlerweile wird sogar verstärkt daran gearbeitet, in bislang nur schwach entwickelten Regionen neue Wirtschafts- und Sozialinfrastrukturen aufzubauen und sie so für ein Mitmachen in der globalisierten Ökonomie zu befähigen. Zwar sind lokale oder regionale Wissens- und Produktionszusammenhänge auch in einer globalisierten Ökonomie nach wie vor bedeutsam und beweisen ihre Stärke insbesondere dann, wenn es um Innovationen in neuen Produkten, Diensten und Prozessen geht. Bei ihrer Erstellung und Diffusion geht jedoch zumeist kein Weg an der internationalen oder gar globalisierten Ausrichtung und Vernetzung vorbei.

■ **Hybridisierung:** Die *Anforderungen* an die Qualität von Produkten und Diensten *steigen* und lassen sich oft nur durch ein kundenorientiertes Zusammenspiel von Akteuren aus unterschiedlichen Branchen bedie-

¹ Dieser Aufsatz profitierte von den Beratungen des gemeinsamen Arbeitskreis Dienstleistungen der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di (Bienzeisler et al. 2011).

nen. Sicher wird es immer einfache und für sich stehende Produkte oder Dienste geben, jedoch setzen immer mehr Akteure darauf, sich durch komplexe, *hybride Angebote* zu profilieren. Martin Richenhagen, der Chief Executive Officer des weltweit tätigen Landmaschinenherstellers AGCO (in Deutschland besser bekannt als die Marke Fendt) schildert, wie das Unternehmen versucht, in Afrika erfolgreich zu sein: „Wir haben mehrere Demonstrations-Betriebe, auf denen Bauern lernen, wie man moderne Landwirtschaft betreibt. Und man muss dann auch neue Geschäftsmodelle finden, denn es ist manchmal nicht sinnvoll, Traktoren und Mähdrescher zu verkaufen. Stattdessen gibt es Maschinenstationen. Dort können Farmer sich Maschinen leihen.“ (Neue Westfälische vom 01./02.11.11) Das anspruchsvolle Angebot ist hier mit hin ein hybrides Bündel aus einer Maschine, einem Ausbildungsangebot, einer Finanzierungskonstruktion und einem Organisations- und Managementkonzept.

- **Problemlösungsorientierung:** Lange Zeit wurde Wirtschaft in Deutschland wie weltweit ausschließlich unter der Perspektive eines quantitativen Wachstums gesehen. Und Wirtschafts-, Arbeits-, Struktur- und Technologiepolitik interessierte sich dabei vor allem für die Zahl der Arbeitsplätze – „Arbeit, Arbeit, Arbeit“ (Gerhard Schröder). Mittlerweile ist jedoch ein deutliches Umdenken auszumachen. Die vielfältigen und immer noch wachsenden Probleme bei der ökologischen Nachhaltigkeit sowie die Herausforderungen bei der Gestaltung der sozialen Bedingungen unseres Zusammenlebens (Stichwort etwa: demografischer Wandel)

haben den Ruf nach einem qualitativen Wachstum immer lauter werden lassen. Franz Lehner und Friedrich Schmidt-Bleek skizzieren in diesem Zusammenhang mit dem Stichwort vom „problemlösenden Wachstum“ (Lehner/Schmidt-Bleek 1999) die Perspektive, dass sich beide Varianten des Wachstums durchaus miteinander vertragen können: Die Schwerpunkte des Wirtschaftsgeschehens verschieben sich so, dass quantitatives Wachstum in Zukunft vermehrt von solchen Wirtschaftsaktivitäten getragen wird, die der Lösung grundlegender ökologischer und sozialer Probleme dienen.

Dienstleistungsbranchen mit Aussicht

In Deutschland hat es eine lange und im Grundsatz sehr erfolgreiche Tradition, dass die Wirtschafts-, Arbeitsmarkt-, Struktur- und Technologiepolitik im Hinblick auf Branche und Wirtschaftszweige so neutral wie möglich zu sein hat. Vor dem Hintergrund der skizzierten Megatrends – Tertiärisierung, Internationalisierung/Globalisierung, Hybridisierung, Problemlösungsorientierung – ergibt es jedoch Sinn, diese Grundsatzpositionen ein Stück weit zu relativieren. Bei der Analyse des sozialen und wirtschaftlichen Wandels und bei der Projektion von zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten und Erfordernissen stellte sich in den letzten Jahren immer mehr heraus, dass es insbesondere drei wirtschaftliche und politische Gestaltungsfelder gibt, in denen es zum einen (in Deutschland wie weltweit) einen besonders großen Gestaltungsbedarf gibt und zum anderen exzellente Aussichten für mehr Wachstum und einen kräftigen Zugewinn an Arbeitskräften bestehen: Gesundheit, Bildung und Erziehung, Ökologie.

Gesundheit: Weltweit gibt es ein massiv steigendes Interesse an verbesserten gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Treiber sind der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt und das wachsende Gesundheitsinteresse bei vielen Bürgerinnen und Bürgern, aber auch die starke wirtschaftliche Entwicklungsdynamik in den großen Schwellenländern, in deren Folge eine kräftig steigende Nachfrage nach einem Ausbau gesundheitsbezogener Angebote zu erwarten ist. In der deutschen Gesundheitswirtschaft arbeiten derzeit ca. fünf Mio. Menschen. In den letzten 20 Jahren ist hier ca. eine Mio. neuer Arbeitsplätze entstanden. Prognosen für die Zukunft lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass auch in den nächsten 15 bis 20 Jahren eine weitere Mio. zusätzlicher Jobs entsteht. Keine Branche in Deutschland ist derart groß und gleichzeitig dynamisch wie die Gesundheitswirtschaft – allerdings ist darauf zu verweisen, dass hier nicht alles Gold ist, was glänzt, denn viele der bislang neu geschaffenen Jobs sind Teilzeitbeschäftigungen oder bieten nur eine geringfügige Beschäftigung (Hilbert/Goldschmidt 2009; Henke et al. 2010).

Bildung und Erziehung: In allen einschlägigen wissenschaftlichen und politischen Debatten gibt es keinen Zweifel daran, dass der Bedarf an Bildung und Erziehung in allen Gesellschaften in den kommenden Jahren und Jahrzehnten steigen wird. Gelungene Sozialisations-, Bildungs- und Qualifizierungsprozesse werden immer mehr zu dem Schlüssel für soziale und wirtschaftliche Zukunftsfähigkeit. Dies schlug sich in den letzten Jahren auch in einem deutlichen Anstieg der Beschäftigung in den Bildungs- und Erziehungseinrichtungen nieder. Darüber hinaus ist auch für die Zukunft mit einem weiteren Bedeutungsgewinn von

Bildungs- und Erziehungsangeboten zu rechnen. Dies gilt keineswegs nur für Entwicklungs- und Schwellenländer, sondern gerade auch für hoch entwickelte Länder, in denen Wissen für Innovationen zum wichtigsten Rohstoff für die Zukunft geworden ist. Und selbst in „schrumpfenden Gesellschaften“ ist ein weiterer Ausbau unerlässlich: „Wenn es an Nachwuchs fehlt, kann sich eine Gesellschaft ‚Bildungsverlierer‘ umso weniger leisten“ (Kaufmann 2005, S. 182). Gefragt ist somit gerade auch ein Ausbau von Erziehungsangeboten für bislang bildungsferne Bevölkerungsteile, deren Potenziale durch eine „neue Kompensatorik“ (Esch 2003) erschlossen werden müssen. Der Bildungsbericht 2010 weist aus, dass im Jahre 2008 gut 2,025 Mio. Menschen in den deutschen Bildungseinrichtungen arbeiteten; das waren knapp 60.000 mehr als noch 2006. Ob diese Wachstumsdynamik sich fortsetzen wird, ist unklar. Die IAB-Prognosen zum

Profil der zukünftigen Arbeitslandschaft rechnen nur mit einem geringen Bedeutungsgewinn des Bildungssektors; andere Analytiker der Wissensgesellschaft gehen jedoch auch weiterhin von einer steigenden Nachfrage nach Bildung und Wissen aus (Engelhardt/Kajetzke 2010).

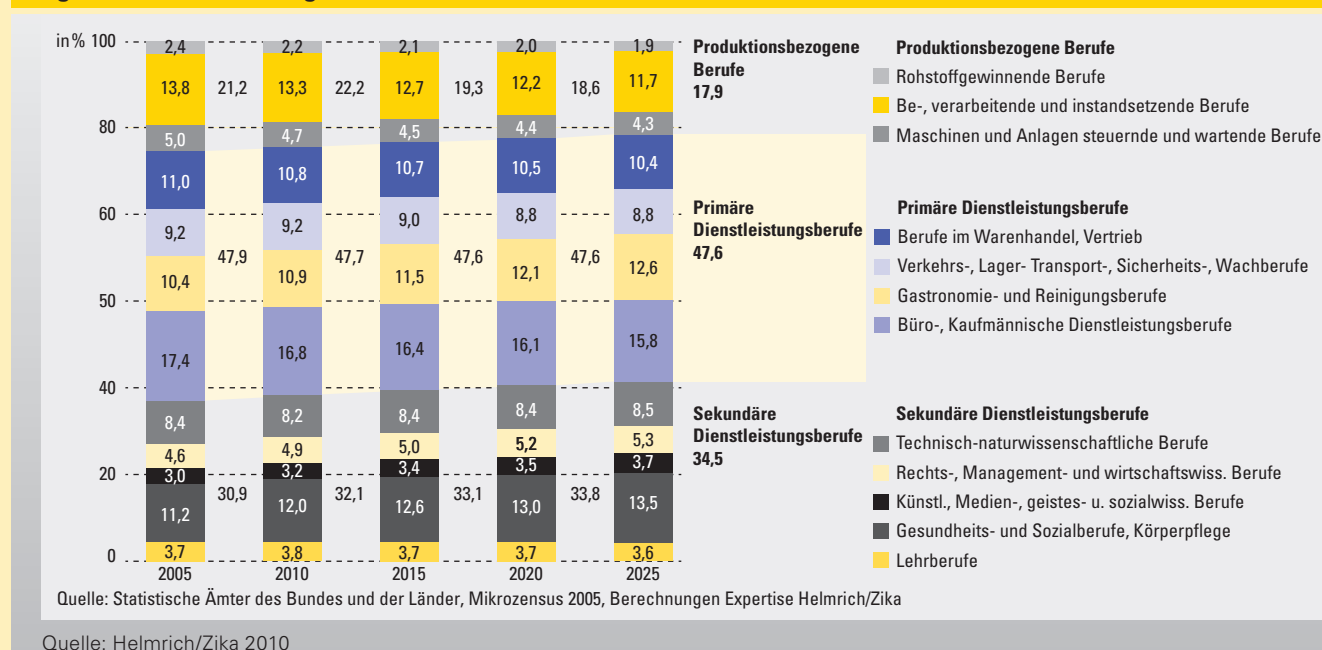
Ökologie: Bis Fukushima klang es für manche Ohren zwar etwas theatralisch, nach Fukushima wird es aber dennoch kaum noch bestritten: Ein weltweiter ökologischer Strukturwandel ist zu einer Überlebensfrage für die Menschheit geworden. Das Memorandum des Bundesministeriums für Umwelt (BMU) aus dem Jahre 2006 für eine „ökologische Industriepolitik“ skizziert, dass vom ökologischen Strukturwandel nicht nur die Umwelt, sondern auch Wirtschaft und Beschäftigung kräftig profitieren können. Aus dem Wissenschaftszentrum NRW kamen vielfältige Hinweise, dass mehr Ökologie in der Wirtschaft ganz

wesentlich durch einen Ausbau neuer, ökoeffizienter Dienstleistungen gelingen kann (vgl. Bosch et al. 2002). Im Jahr 2006 waren in Deutschland knapp 1,8 Mio. Erwerbstätige durch Umweltschutz beschäftigt. Das entspricht einem Anteil von 4,5% aller Beschäftigten. Allein im Zeitraum zwischen den Jahren 2004 und 2006 sind im Bereich Umweltschutz 291.200 neue Jobs entstanden (Blazejcack/Edler 2010). Bei einer Energie- und Materialkostensenkung um 20% – das ist das, was unter Ressourcen- und Energieeffizienz verstanden wird – könnten innerhalb von rund 15 Jahren bis zu eine Mio. neue Arbeitsplätze entstehen, der größte Teil davon im Dienstleistungssektor (vgl. Aachener Stiftung Kathy Beys 2006).

Neben den drei genannten Gestaltungsfeldern für Dienstleistungen mit Aussicht gibt es andere Dienstleistungsbranchen, denen Experten deutliche Zugewinne bei

Abbildung 1

Prognose zur Entwicklung von Berufen nach Sektoren bis 2025



Wachstum und Beschäftigung zutrauen. In einer Studie von Kemekliene et al. aus dem Jahre 2007 für die EU und auch bei den IAB-Prognosen (vgl. *Abbildung 1*) zur Erwerbstätigkeit nach Wirtschaftszweigen schneiden vor allem die unternehmensnahen Dienste besonders gut ab; allerdings ist mitzudenken, dass es sich hier zwar keineswegs immer, aber sehr oft um outgesourcte Aktivitäten aus dem produzierenden Gewerbe handelt.

Das starke Wachstum der drei skizzierten Branchen Gesundheit, Bildung und Erziehung sowie Ökologie hat den Strukturwandel in den vergangenen Dekaden bereits stark geprägt. In den einschlägigen wirtschaftswissenschaftlichen und wirtschaftspolitischen Debatten ist das kaum entsprechend gewürdigt worden. Sie wuchsen quasi im Verborgenen und waren „heimliche Heldinnen“ des Strukturwandels. Und sie haben eine Fülle von Potenzialen, auch in den kommenden Jahren im Sinne des problemlösenden Wachstums weiter zu gedeihen. Strukturwandel im Sinne einer Synergie von quantitativem und qualitativem Wachstum scheint keineswegs eine Chimäre, sondern tatsächlich machbar zu sein. Gleichwohl wird die konkrete Utopie des problemlösenden Wachstums nicht ohne ein Umsteuern in der Politik gelingen. Denn ein Großteil der Branchen leidet unter massiven Handicaps, die die weitere Entwicklung bremsen könnten. Zwei wichtige sollen im Folgenden angesprochen werden: die Arbeitsbedingungen und die Finanzen.

Achillesferse Arbeitsbedingungen

In den letzten Dekaden waren die Arbeitsmärkte vor einem deutlichen Überangebot an Arbeitskräften geprägt. Bedingt durch den demografischen Wandel – sprich: das Älterwerden und das Schrumpfen der Gesellschaft –, aber auch durch den Bedeutungsgewinn ar-

Abbildung 2

Absolute und relative Wachstumsraten der durchschnittlichen Bruttostundenverdienste

absolute und relative Wachstumsraten der durchschnittlichen Bruttostundenverdienste in ausgewählten Branchen (1. Q 2007 - 2. Q 2011)			
		Absolute Veränderung (in €)	Relative Veränderung
Ingesamt		+1,76	+9,92%
Produzierendes Gewerbe		+1,87	+10,22%
darunter:	Baugewerbe	+1,15	+7,60%
	Verarbeitendes Gewerbe	+2,03	+10,84%
	Bergbau und Gewinnung von Steinen	+2,72	+14,77%
Dienstleistungsbereich		+1,69	+9,72%
darunter:	Gastgewerbe	+0,63	+5,85%
	Verkehr und Lagerei	+1,24	+8,45%
	Erziehung und Unterricht	+1,73	+8,35%
	Gesundheits- und Sozialwesen	+1,74	+10,08%
	Öff. Verwaltung, Verteidigung	+1,80	+10,92%
	Sozialversicherung		
	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	+2,93	+12,82%

Quelle: Walwei 2011

beitsintensiver Dienstleistungsbranchen wird sich dies in den kommenden Jahren erheblich ändern. Zwar wird wissenschaftlich kontrovers darüber diskutiert, wie heftig ein Fachkräftemangel werden kann; unstrittig ist jedoch, dass es in vielen Bereichen zu Fachkräftengpässen, zu einem steigenden Wettbewerb um Arbeitskräfte kommen wird.

Beim Werben um Arbeitskräfte werden die Branchen Gesundheit und Bildung mit erheblichen Problemen zu kämpfen haben. Zum einen gehören sie nach den vorliegenden Erkenntnissen zu den stärksten Nachfragern, zum anderen haben sie Handicaps bei ihrer Attraktivität. Das gilt in besonderem Maße für die Gesundheitsbranche: Die Liste der Probleme ist hier lang; schlechte Organisationsstrukturen, lange und schwer

planbare Arbeitszeiten, eine seit Jahren steigende Arbeitsverdichtung, eine überbordende Bürokratie, unzeitgemäß hierarchische Strukturen, für etliche Teilbereiche unattraktive Löhne und ein kontinuierlicher Anstieg der atypischen Beschäftigung sind Merkmale einer grauen Arbeitslandschaft.

Die mit Blick auf die Arbeitsbedingungen schwierige Situation der vermeintlichen Zukunftsbranchen Gesundheit und Bildung lässt sich auch an der Entwicklung der Verdienste in den letzten Jahren ablesen (s. *Abbildung 2*). Bei Bildung und Erziehung lag sie ganz deutlich unter dem Durchschnitt der Gesamtwirtschaft; im Gesundheits- und Sozialwesen schnitt sie schlechter ab als die Industrie und gehörte auch im Dienstleistungssektor keineswegs zu den Top-Branchen

– und dies, obwohl sie zunehmend als Zukunftsbranche gehandelt wurde und obwohl einige Schlüsselgruppen dieser Branche – vor allem die Ärzte – sich tarifpolitisch verstärkt durchsetzen konnten (vgl. Schroeder/Kalass/Greef 2011).

Ganz betrüblich stimmt auch, dass Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus Bildung und Erziehung zu denen gehören, die überdurchschnittlich häufig von psychischen Erkrankungen (Burn-out) betroffen sind (vgl. etwa Doelfs 2010).

Schon heute ist erkennbar, dass diese Arbeitsbedingungen Arbeitskräfte abschrecken. Pflegekräfte denken intensiv an einen Berufsausstieg und viele Medizinstudierende wollen nicht mehr als Ärztin oder als Arzt in Deutschland arbeiten. Und in Studien gibt es vielfältige Hinweise darauf, dass die enge Personalausstattung in der Pflege mittlerweile

auch auf die Qualität in der Behandlung durchschlägt (vgl. Isfort et al. 2010). Ohne eine gravierende Verbesserung der Arbeitsbedingungen könnte die Suche nach qualifizierten Arbeitskräften zur „Achillesferse der Zukunftsbranche Gesundheit“ (Evans/Hilbert 2006) werden. In abgeschwächter Form gilt dies auch für Bildung und Erziehung.

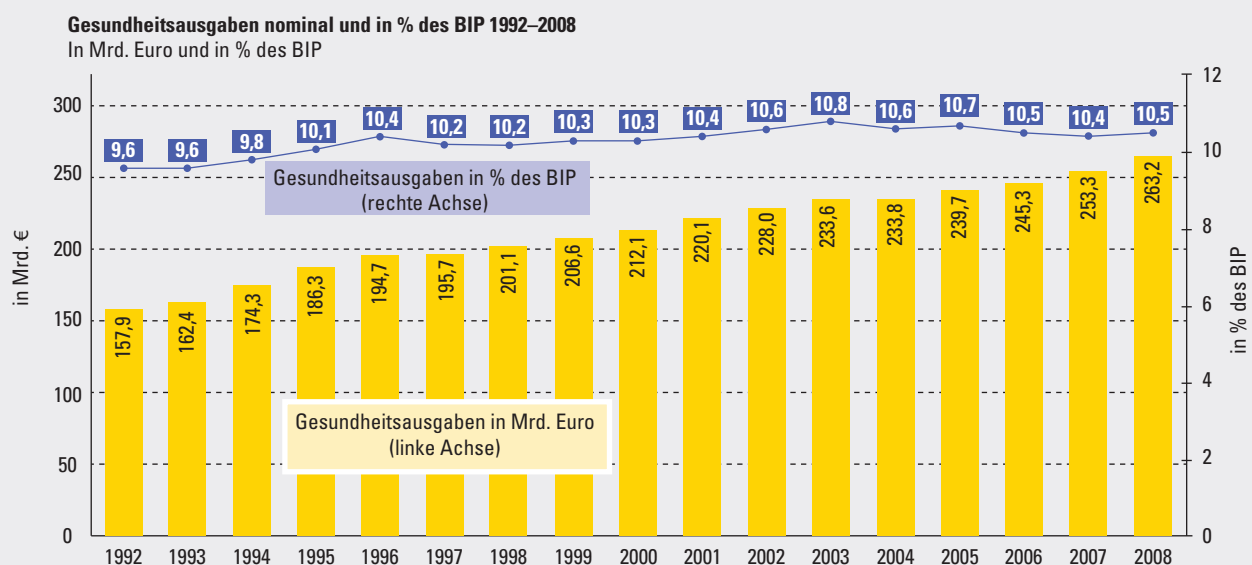
Finanzprobleme

Neben den Arbeitsbedingungen stellt auch die Finanzierung der Gesundheits- und Bildungsausgaben ein großes Entwicklungshemmnis für diese beiden Zukunftsbranchen dar. Trotz der oft erregten Debatten über Kostenexplosionen im Gesundheitswesen sind die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahren erstaunlich stabil geblieben. Gemessen als Anteil am Bruttoinlandsprodukt betragen sie seit 1996 etwa 10,5 % (vgl. Abbildung 3).

Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland damit zwar eine führende Position ein, im Hinblick auf die Entwicklungschancen der Zukunftsbranche Gesundheit wäre es durchaus wünschbar und sinnvoll, wenn mehr Mittel für eine anspruchsvolle und sozial gerechte Versorgung sowie für Innovationen zur Verfügung stünden (vgl. Evans/Hilbert/Mickley 2011). Beides sind Voraussetzungen, um auch international als Gesundheitskompetenzstandort attraktiv und wettbewerbsfähig zu sein. Ökonomisch gibt es bislang keinerlei Belege dafür, dass steigende Gesundheitsausgaben die Leistungsfähigkeit der Gesamtwirtschaft beeinträchtigen (als Überblick s. Reiners 2011); wünschenswert wäre, wenn die Wirtschaftswissenschaften endlich ökonometrisch fundierte Studien darüber vorlegen würden, ob und wie die Gesamtwirtschaft von einem Wachstum der Gesundheitswirtschaft profitieren kann.

Abbildung 3

Gesundheitsausgaben 1992–2008



Quelle: Sozialpolitik-aktuell.de (Infografik)

Wenig ermutigend sind auch die Finanzierungsbedingungen bei Bildung und Erziehung. Politik wird zwar nicht müde zu propagieren, dass Bildung und Erziehung auf der Prioritätenliste ganz oben stehen sollten, jedoch folgen den Absichten zu wenig Taten. Im internationalen Vergleich sind die Bildungsausgaben in Deutschland mit einem Anteil von 8,6% am Bruttoinlandsprodukt eher mittelmäßig (Menke 2010) und zudem wird oft bemängelt, dass die Mittel für die jüngeren Schülerinnen und Schüler sehr niedrig sind und (zu) viel für die Sekundarstufe II ausgegeben wird.

Unter dem Strich bleibt zu hoffen, dass der derzeit steigenden Aufmerksamkeit für die sozialen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Chancen bei Gesundheit sowie Bildung und Erziehung baldmöglich auch eine wachsende Wertschätzung bei den Aufwendungen folgt.

Dienstleistungspolitik vor der Weiterentwicklung

Dass es Sinn hat, bei der Wirtschafts-, Struktur-, Arbeitsmarkt- und Technologiepolitik im Sinne eines problemlösenden Wachstums den Branchen Gesundheit, Bildung und Erziehung sowie Ökologie eine besondere Aufmerksamkeit beizumessen, wurde in den letzten Jahren zunehmend anerkannt. Die EU-Kommission hat diese Gestaltungsfelder sogar zu den inhaltlichen Schwerpunkten ihrer europaweiten Innovationsstrategie gemacht („Innovation Union, turning ideas into jobs, green growth and social progress“). Zwar hat die Dienstleistungspolitik in Deutschland auch bereits Schwerpunkte in einzelnen der relevanten Branchen gesetzt (etwa bei der Kreativ- oder der Gesundheitswirtschaft), jedoch sind – so die Ansicht vieler Beobachter und Experten – die Instrumente und Mittel noch weit davon entfernt, der

strategischen Bedeutung der skizzierten Zukunftsmärkte gerecht zu werden.

Hier ist zwar nicht der Ort, um eine neue Dienstleistungspolitik im Detail zu entwerfen; gleichwohl lassen sich aus den vorstehenden Überlegungen Eckpunkte herleiten:

- *Mehr Aufmerksamkeit für Gestaltungsfelder mit hohen Zukunftspotenzialen:* Die bisherige Dienstleistungspolitik hatte ihre Stärken in eher branchenunabhängigen Gestaltungsfeldern wie Service Engineering (vgl. Bullinger/Scheer 2006) oder Dienstleistungsexport. In Zukunft ist es sinnvoll, verstärkt auf die Besonderheiten und spezifischen Anforderungen von Branchen mit besonders großen Zukunftspotenzialen – Gesundheit, Bildung, Ökologie – einzugehen und hierfür die gewonnenen Erkenntnisse aus der bisherigen Arbeit – Service Engineering, Internationalisierung etc. – anzuwenden. Mit Blick auf die genannten Branchen kommt es dabei vor allem auf ganzheitliche (hybride) Lösungen, auf Systemlösungen entlang von Wertschöpfungsketten an.
- *Die arbeitspolitischen Dimensionen ausbauen:* Die Arbeitsbedingungen sind in etlichen Bereichen des Dienstleistungssektors eine „Achillesferse der Zukunftsfähigkeit“, auch und gerade in den genannten Branchen mit besonderer Zukunftsbedeutung. Wissenschaftlich unterstützte Gestaltungsinitiativen für neue Qualifizierungen, bessere Arbeitsorganisation und einen produktivitätssteigernden, aber gleichzeitig sozialverträglichen Technikeinsatz könnten hier Lösungsansätze entwickeln, erproben und zu deren Verbreiterung beitragen (Bräutigam/Evans/Hilbert 2011). Wahrscheinlich geht kein Weg daran

vorbei, Arbeitsgestaltungsinitiativen durch politische Förderprogramme anzuschieben. Öffentlich geförderte wissenschaftliche, aber praxisorientierte Gestaltungsansätze sind nicht zuletzt auch deshalb unerlässlich, weil die Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen in einem Großteil der zukunftsträchtigen Dienstleistungsbranchen eher zerküffert sind und „korporatistischen“ Modernisierungsvereinbarungen eher im Wege stehen als sie anzuregen und zu stützen (vgl. Keller 2010).

- *Forschung und Entwicklung für Service Engineering und Servicedesign ausbauen:* Für die Entwicklung des industriellen Sektors und seiner Teilbranchen gibt es eine Fülle von wissenschaftlich entwickelten Werkzeugen; vergleichbare Tools für Dienstleistungen stehen zwar auch zur Verfügung, stecken jedoch noch in den Kinderschuhen. Dies gilt gerade auch für die genannten Dienstleistungsbereiche mit herausragenden Zukunftschancen. Ohne durchschlagende Verbesserungen bei der Standardisierung und Modularisierung und bei der Nutzerorientierung sowie ohne erhebliche Fortschritte bei der Entwicklung von neuen Finanzierungs- und Geschäftsmodellen ist hier kaum mit nachhaltigen Sprüngen bei der Leistungsfähigkeit in den genannten Teilsektoren zu rechnen. Sicherlich sind für die erhofften Fortschritte auch verbesserte Rahmenbedingungen – etwa erhöhte Bildungsausgaben – unerlässlich. Ohne ein optimiertes Service Design werden verbesserte Rahmenbedingungen jedoch nur unzureichend zur Geltung kommen.
- *Empirische Fundierung durch ein Trend- und Innovationsmonitoring sicherstellen:* Dienstleistungspolitik kann nur dann richtige Rahmensetzungen

gen und sinnvolle Weichenstellungen vornehmen, wenn sie auf einer empirisch validen Grundlage basiert. Auch wenn sich die Datengrundlage für den Bereich der Dienstleistungen in den letzten Jahren maßgeblich verbessert hat, sollte sie weiter ausgebaut werden, um die Heterogenität dieses Sektors besser erfassen und analysieren zu können. Darüber hinaus geht es jedoch auch darum, die bisherige Berichterstattung nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ weiterzuentwickeln. Im Rahmen eines Trend- und Innovationsmonitorings sollten dazu vorhandene und neu zu erhebende Daten analysiert und die Ergebnisse aufbereitet und u.a. in periodisch erscheinenden Trendreports veröffentlicht werden. Ein erfolgreiches Monitoring wird dabei praxisnah und gestaltungsorientiert ausgerichtet sein. Zielkategorien sind dabei u.a., einen beschleunigten Praxistransfer sicherzustellen und Modellprojekte auch in Hinblick auf ihre nachhaltige Wirkung zu begleiten.

- *Verbesserte makroökonomische Rahmenbedingungen:* Eine sehr fördernde Begleitung für die Weiterentwicklung der Dienstleistungen könnte durch eine Veränderung der makroökonomischen Rahmenbedingungen kommen. In den letzten 20 Jahren hat sich Deutschland stark am Paradigma einer angebotsorientierten Wirtschafts- und Finanzpolitik ausgerichtet. Infolgedessen wurden öffentliche Ausgaben teils

zurückgefahren, teils nur zögerlich ausgebaut, und niedrige Lohnabschlüsse wurden als eine wesentliche Voraussetzung für die Steigerung der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit angesehen. Mittlerweile zeigt sich jedoch, dass Angebotsorientierung an Grenzen stößt. In der Bildung und Erziehung hinkt Deutschland hinter den führenden Nationen her, die Stabilisierung bzw. leichte Rückführung der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lässt viele Menschen befürchten, dass die Herausforderungen des demografischen Wandels nur unzureichend bewältigt werden. Darüber hinaus könnten Einbußen bei der Qualität des Gesundheitswesens die Gefahr heraufbeschwören, dass Deutschland seine Bedeutung als führender Standort der Medizintechnik verliert. Vor diesem Hintergrund mehrten sich die Stimmen, die bisherige Angebotsorientierung zu korrigieren und insbesondere in diejenigen Gestaltungsfelder verstärkt zu investieren und durch öffentlich garantierte Nachfrage auszubauen, die für die Zukunftsfähigkeit Deutschlands von besonderem Gewicht sind, nämlich Bildung und Wissen, Gesundheit und Ökoeffizienz.

Dienstleistungs- und Industriepolitik, die auf Anstöße und Gestaltung für ausgewählte Branchen und Gestaltungsfelder setzt, wird oft mit dem Hinweis kritisiert, man könne mit seinen Zukunftserwartungen leicht „auf das falsche

Pferd setzen“ und deshalb sei es ratsam, sich nicht auf einzelne Branchen zu fokussieren, sondern die Rahmenbedingungen zu verbessern und ggf. noch Exportförderung zu betreiben (vgl. Krämer 2011). So vernünftig es ist, gegenüber Zukunftsprognosen skeptisch zu sein, so unvernünftig ist es aber auch, vor Skepsis in Angststarre zu verfallen: Die allermeisten Länder der Welt und auch Deutschland haben Probleme und Herausforderungen bei Gesundheit, Bildung und Ökologie und werden hier in den kommenden Jahrzehnten deutlich mehr leisten müssen; daran besteht wissenschaftlich kein Zweifel und darauf stellen sich immer mehr Regierungen, Wirtschaftsberater, Unternehmen und Finanzdienstleister ein. In allen drei Bereichen bedeuten Fortschritte nicht nur verbesserte Lebens- und Arbeitsbedingungen, sondern auch ganz erhebliche positive Beschäftigungswirkungen. In allen drei Gestaltungsfeldern – zumindest aber bei Gesundheit und Ökologie – blickt die Welt auf Deutschland, weil viele Akteure sicher sind, dass in Deutschland hohe Kompetenzen gegeben sind und ihnen eine Zusammenarbeit mit Deutschland weiterhilft. Warum sollte Deutschland in einer solchen Situation seine Dienstleistungspolitik auf Rahmenbedingungen beschränken, statt durch eine offensive Gestaltungspolitik bei Gesundheit, Bildung und Ökologie im eigenen Lande mehr für Lebensqualität, Beschäftigung und Wachstum zu tun und sich der Welt als Kooperationspartner anzubieten?

Literatur

- AACHENER STIFTUNG KATHY BEYS (Hg.) (2006): Ressourcenproduktivität als Chance – Ein langfristiges Konjunkturprogramm für Deutschland. Aachen
- AUTORENGRUPPE BILDUNGSBERICHTER-STATISTIK im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (Hg.) (2010): Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. Bielefeld
- BIENZEISLER, B. ET AL. (2011): Dienstleistungen in der Zukunftsverantwortung: Ein Plädoyer für eine (neue) Dienstleistungspolitik. Memorandum des Arbeitskreises Dienstleistungspolitik. WISO-Diskurs. Bonn
- BLAZEJCAK, J./EDLER, D. (2010): Umweltschutz: Hohes Beschäftigungspotential in Deutschland. DIW-Wochenbericht 77, 10, S. 2
- BOSCH, G. ET AL. (2002): Die Zukunft der Dienstleistungen. Frankfurt am Main
- BRÄUTIGAM, C./EVANS, M./HILBERT, J. (2011): Arbeit und Qualifizierung in der Sozialen Gesundheitswirtschaft: Von heimlichen Helden und blinden Flecken. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO-Diskurs. Bonn
- BULLINGER, H.-J./SCHEER, A.-W. (Hg.) (2006): Service Engineering. Entwicklung und Gestaltung innovativer Dienstleistungen. Berlin
- BUNDESMINISTERIUM FÜR UMWELT, NATURSCHUTZ UND REAKTORSICHERHEIT (2006): Ökologische Industriepolitik. Memorandum für einen „New Deal“ von Wirtschaft, Umwelt und Beschäftigung. Paderborn
- DOELFS, G. (2010): Gefährlicher Trend. In: Mitbestimmung: Das Magazin der Hans Böckler Stiftung, Ausgabe 5/2010. Frankfurt am Main
- ENGELHARDT, A./KAJETZKE, L. (Hg.) (2010): Handbuch Wissensgesellschaft. Theorien, Themen und Probleme. Bielefeld
- ESCH, K. (2003): Das Leitbild „neue Kompensatorik“ – Neue Ansätze zur Lösung alter Bildungsprobleme. In: Esch, K./Mezger, E./Stöbe-Blossey S. (Hg.) (2003): Kinderbetreuung – Dienstleistungen für Kinder. Wiesbaden, S. 219–240
- EVANS, M./HILBERT, J. (2006): Die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung: Schlüsselherausforderung und Achillesferse für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. In: Pundt, J. (Hg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen: Positionen, Potenziale, Perspektiven. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern, S. 193–212
- EVANS, M./HILBERT, J./MICKLEY, B. (2011): Soziale Gesundheitswirtschaft: mehr Gesundheit, gute Arbeit und qualitatives Wachstum. WISO direkt: Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Ausgabe Juni 2011. Bonn
- HELMRICH, R./ZIKA, G. (2010): Beruf und Qualifikation in der Zukunft. BIBB-IAB-Modellrechnungen zu den Entwicklungen in Berufsfeldern und Qualifikationen bis 2025. Gütersloh
- HENKE, K.D. ET AL. (2010): Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft; Bd. 30. Baden-Baden
- HILBERT, J./GOLDSCHMIDT, A.J.W. (2009): Von der Last zur Chance – Der Paradigmenwechsel vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Hilbert, J./Goldschmidt, A.J.W. (Hg.) (2009): Gesundheitswirtschaft in Deutschland: Die Zukunftsbranche. Wegscheid. S. 21–40
- ISFORT, M. ET AL. (2010): Pflege thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation in Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Hg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip). Köln
- KAUFMANN, F.X. (2005): Schrumpfende Gesellschaft. Vom Bevölkerungsrückgang und seinen Folgen. Frankfurt am Main
- KELLER, B. (2010): Arbeitspolitik im öffentlichen Dienst – Ein Überblick über Arbeitsmärkte und Arbeitsbeziehungen. Berlin
- KEMEKLIE, G. ET AL. (2007): Dienstleistungsbeschäftigung in Europa. Heute und in der Zukunft. Hintergrundpapier für UNI-Europa. Hg. vom ETUI-REHS. Brüssel
- KRÄMER, H. (2011): Dienstleistungen im Strukturwandel: Entwicklung und Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung in Europa. Beitrag zum Bad Ischler Dialog 2010. o.O.
- LEHNER, F./SCHMIDT-BLEEK, F. (1999): Die Wachstumsmaschine. Der ökonomische Charme der Ökologie. München
- MENKE, B. (2010): Deutsche Bildungsausgaben. National top, international flop. In: Spiegel Online. <http://www.spiegel.de/schulspiegel/wissen/0,1518,732220,00.html> [Internet; Zugriff: 07.11.2011]
- PROGNOS AG (2011): Arbeitslandschaft 2030. http://www.vbw-bayern.de/agv/vbw-Themen-Brennpunkt-Arbeitslandschaft_2030-Neuauflage_der_Studie_Arbeitslandschaft_2030-29737,ArticleID_21657.htm [Internet; Zugriff: 07.11.2011]
- REINERS, H. (2011): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern
- SCHROEDER, W./KALASS, V./GREEF, S. (2011): Berufsgewerkschaften in der Offensive. Vom Wandel des deutschen Gewerkschaftsmodells. Wiesbaden
- SOZIALPOLITIK-AKTUELL.DE (Infografik): Gesundheitsausgaben nominal und in % des BIP 1992–2008. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI11.pdf [Internet; Zugriff: 16.11.2011]
- WALWEI, U. (2011): Folienvortrag beim Arbeitgebertag Gesundheitswirtschaft des Arbeitsagentur Bochum am 4.11.2011

Die Beschleunigungsfalle – Verbreitung, Auswirkungen und Führungsstrategien zur Vermeidung und Überwindung von organisationalem Burn-out

Heike Bruch und Sandra Kowalevski

Institut für Führung und Personalmanagement der Universität St. Gallen

Dynamik ist eine der bedeutenden Entwicklungen, welche die moderne Arbeitswelt prägen. Wenn Dynamik jedoch zu einer Überbeschleunigung wird und ein Unternehmen in die Beschleunigungsfalle gerät, wird es bedenklich.

Bei Unternehmen in der Beschleunigungsfalle bleibt es nicht bei einzelnen Leistungsschüben und phasenweiser Hochleistung, sondern es kommt zu einer dauerhaften Überlastung der Kapazitäten des Unternehmens sowie der Mitarbeiter. Eine Vielzahl an parallel ablaufenden Projekten, immer höhere Leistungsvorgaben, dauerhaftes Arbeiten mit erhöhtem Tempo und unter erhöhtem Druck fordern ihren Tribut: Organisationaler Burn-out und eine chronische Überbelastung der Belegschaft.

Das Phänomen der Beschleunigungsfalle wird seit zehn Jahren am Institut für Führung und Personalmanagement (I.FPM) der Universität St. Gallen unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Bruch bei mehr als 600 Unternehmen erforscht (Bruch/Ghoshal 2003; Bruch/Vogel 2011).

Ob sich ein Unternehmen in der Beschleunigungsfalle befindet, lässt sich anhand von drei Anzeichen erkennen (Bruch/Menges 2010):

1. Überbelastung

Hohe Anforderungen an die Mitarbeiter werden nicht ausreichend durch Ressourcen wie Zeit, soziale Unterstützung, Handlungsspielraum etc. gepuffert. Die Folge ist eine wahrgenommene Überlastung grosser Teile der Mitarbeiter.

2. Mehrfachbelastung

Zu viele verschiedene Aufgaben müssen simultan erledigt werden. Die fehlende

Priorisierung und Ausrichtung führt zu einer Mehrfachbelastung. Ein Großteil der Mitarbeiter empfindet einen Mangel an Fokus.

3. Dauerbelastung

Die Über- oder Mehrfachbelastung ist zum Dauerzustand geworden. Das Unternehmen operiert dauerhaft an der Leistungsgrenze und Mitarbeiter empfinden zu wenig Möglichkeit der Regenerierung.

Ergebnisse einer I.FPM-Studie aus dem Jahr 2011 bei 15.164 Befragten aus 109 Unternehmen zu Beschleunigung, psychischer Belastung und Beanspruchung zeigen, dass jedes zweite Unternehmen in der Beschleunigungsfalle steckt – von

den befragten Unternehmen waren 52% betroffen.

Die negativen Folgen einer Überbeschleunigung für Unternehmen und ihre Mitarbeiter sind umfassend:

Die Unternehmensleistung ist bei Unternehmen in der Beschleunigungsfalle im Vergleich zu nicht betroffenen Unternehmen um 12% reduziert. Deutlich beeinträchtigt sind ferner kollegiales Verhalten um 8%, die emotionale Bindung an das Unternehmen um 12% und die Kundenorientierung um 8%. Die Arbeitgeberattraktivität zeigt sich sogar um 33%, die Identifikation mit dem Unternehmen um 35% und das Vertrauensklima um 33% reduziert (s. *Abbildung 1*).

Abbildung 1

Auswirkungen der Beschleunigungsfalle auf Unternehmen (1); Ergebnisse einer I.FPM-Studie (2011) bei 15.164 Befragten aus 109 Unternehmen

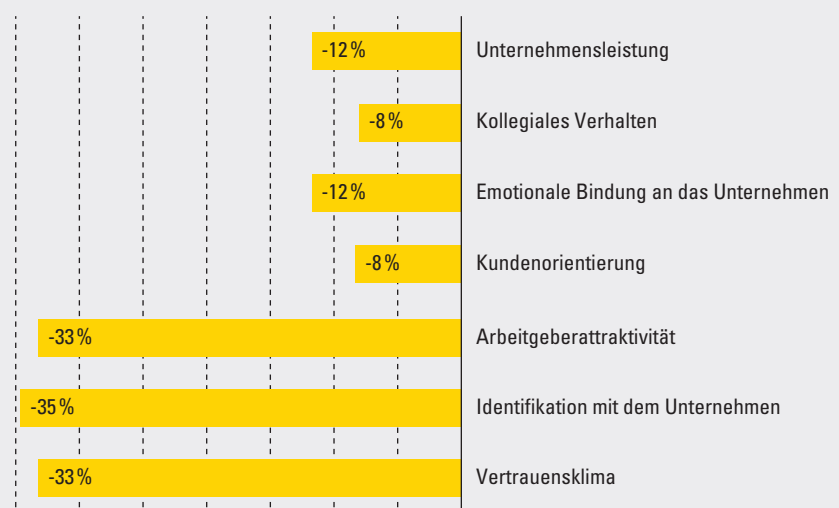
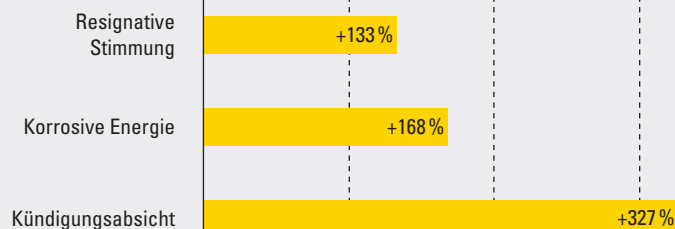


Abbildung 2

Auswirkungen der Beschleunigungsfalle auf Unternehmen (2); Ergebnisse einer I.FPM-Studie (2011) bei 15.164 Befragten aus 109 Unternehmen



Eine Ausweitung des transaktionalen Führungsstils auf die Organisationsebene führt zum Konzept des transaktionalen Führungsklimas. Ein transaktionales Führungsklima herrscht in einem Unternehmen vor, wenn die Mitarbeiter den transaktionalen Führungsstil ihres jeweiligen Vorgesetzten einheitlich wahrnehmen.

Bei Unternehmen mit einem schwachen transaktionalen Führungsklima sind Überbelastung um 30 %, Mehrfachbelastung um 51 % und Dauerbelastung um 37 % stärker ausgeprägt als bei Unternehmen mit einem starken transaktionalen Führungsklima. Insgesamt ist die Beschleunigungsfalle bei Unternehmen mit schwachem transaktionalen Führungsklima um fast 40 % stärker ausgeprägt als bei Unternehmen mit einem starken transaktionalen Führungsklima (s. *Abbildung 3*).

Gleichzeitig sind negative Auswirkungen bei Unternehmen in der Beschleunigungsfalle deutlich stärker ausgeprägt: Die Kündigungsabsicht erhöht sich bei betroffenen Unternehmen um mehr als 300 %, destruktives Engagement (korrosive Energie) steigt um weit mehr als 100 % und auch die resignative Stimmung im Unternehmen ist mehr als verdoppelt (s. *Abbildung 2*).

sichtigen die Interessen und die Aufgabenmotivation ihrer Mitarbeiter, sorgen für förderliche Arbeitssituationen und belohnen ihre Mitarbeiter, wenn sie ein vereinbartes Ziel erreicht haben.

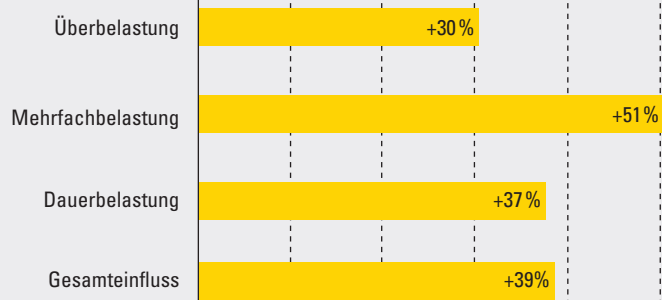
Doch wie lässt sich die Beschleunigungsfalle verhindern oder überwinden?

Empirische Erkenntnisse unserer Forschung zeigen, dass Führung der zentrale Treiber und Hebel zur Vermeidung der Beschleunigungsfalle in Unternehmen ist. Zwei Führungsformen haben dabei einen besonders starken Einfluss: transaktionale und transformationale Führung (Bass/Avolio 1994).

Transaktionale Führungskräfte definieren Ziele klar und operational. Sie berücksichtigen die Interessen und die Aufgabenmotivation ihrer Mitarbeiter, sorgen für förderliche Arbeitssituationen und belohnen ihre Mitarbeiter, wenn sie ein vereinbartes Ziel erreicht haben.

Abbildung 3

Schwaches transaktionales Führungsklima als Treiber der Beschleunigungsfalle; Ergebnisse einer I.FPM-Studie (2011) bei 15.164 Befragten aus 109 Unternehmen



Transformationale Führungskräfte handeln als Vorbild und wirken für ihre Mitarbeiter als Identifikationsfigur. Sie begeistern ihre Mitarbeiter und vermitteln eine überzeugende Vision. Durch eine transformationale Führung regt die Führungskraft die Mitarbeiter an, eigenständig und verantwortungsvoll zu handeln und die eigenen Interessen hinter die der Firma zu stellen.

Auf der Organisationsebene zeigt sich analog das Phänomen des transformationalen Führungsklimas. Die Mitarbeiter nehmen den transformationalen Führungsstil ihres jeweiligen Vorgesetzten einheitlich wahr.

Bei Unternehmen mit einem schwachen transformationalen Führungsklima sind Überbelastung um 34%, Mehrfachbelastung um 63% und Dauerbelastung um 49% stärker ausgeprägt als bei Unternehmen mit einem starken transformationalen Führungsklima. Insgesamt ist die

Beschleunigungsfalle bei einem schwachen transformationalen Führungsklima um fast die Hälfte stärker ausgeprägt als bei einem starken transformationalen Führungsklima (s. *Abbildung 4*).

**Welche Wege gibt es aus der Beschleunigungsfalle?
Was können Führungskräfte tun, um ihr Unternehmen und ihre Mitarbeiter vor der Beschleunigungsfalle zu schützen?**

Wie die Treiberanalyse offenlegt, ist die Entwicklung der Führungsqualität im Unternehmen die zentrale Stellschraube, um die Beschleunigungsfalle zu überwinden bzw. zu vermeiden.

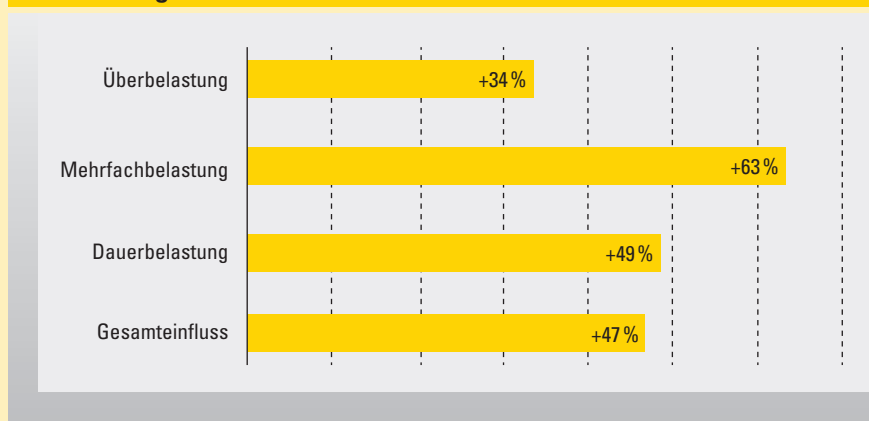
Wichtiger Ansatzpunkt ist eine Klarheit über mittel- und längerfristige Ziele des Unternehmens. Gerade für eine Reduktion der Mehrfachbelastung ist es wichtig, dass Prioritäten gesetzt werden. Oftmals verlieren sich Mitarbeiter in ei-

ner Vielzahl an Vorhaben, die für sie nur unzureichend in Zusammenhang mit den strategischen Unternehmenszielen stehen. Es fehlt an Fokus. Nur auf der Basis klar definierter und geteilter Ziele kann entschieden werden, welche Projekte weitergeführt und welche aufgegeben werden sollen.

Eine Mehrfachbelastung kann auch durch eine systematische Filterung von Aktivitäten reduziert werden. Führungskräfte sollten ihre Mitarbeiter nicht nur dazu ermuntern, neue Vorschläge einzubringen und Initiativen anzustoßen, sondern sie auch auffordern, die Aktivitäten zu benennen, die ihrer Meinung nach eingestellt werden sollen. Ein von Führungskräften und Mitarbeitern getragener systematischer Ausleseprozess hilft Unternehmen jene Aktivitäten einzustellen, die wenig erfolgsversprechend und/oder losgelöst von den gemeinsamen Zielen sind (Bruch/Menges 2010).

Abbildung 4

Schwaches transformationales Führungsklima als Treiber der Beschleunigungsfalle; Ergebnisse einer I.FPM-Studie (2011) bei 15.164 Befragten aus 109 Unternehmen



Was sollte sich in Unternehmen verändern, um nicht oder nicht wieder in die Beschleunigungsfalle zu geraten?

Führungskräfte müssen selbst Prioritäten setzen sowie auch ihre Mitarbeiter darin unterstützen zu priorisieren. So kann bspw. eine Projektsperre hilfreich sein, um sich vollumfänglich auf ein strategisch wichtiges Ziel zu konzentrieren.

Weiterhin sollten Führungskräfte auf einen Wechsel von Hochenergie- und Regenerationsphasen hinarbeiten. Auf Phasen intensiver Anstrengung sollten zumindest kurze Momente der Regeneration folgen. Nur so kann neue Energie mobilisiert und damit Raum für Innovation und Kreativität geschaffen werden. Insbesondere nach größeren Meilensteinen oder stark beanspruchenden Change-Phasen sollten Führungskräfte Erholungsphasen schaffen. Diese können z.B. einen symbolischen Ruhemoment in Form von Feiern oder Ausrufen des Endes des Change-Prozesses enthalten. Entscheidend ist, dass bewusst und merkbar eine Episode abgeschlossen wird, Mitarbeitern Anerkennung zuteil wird und sich Stolz entwickeln kann,

bevor neue, große Prozesse oder Meilensteine angestoßen werden.

Führungskräfte sollten aber auch auf Individualebene eine Vorbildrolle einnehmen, wie die eigenen Energieressourcen gemanagt werden können. Indem Führungskräfte ihren Mitarbeitern vorleben, wie sie selbst mit ihren Energieressourcen haushalten und welche Möglichkeiten sie für ihre Regeneration einsetzen, findet Lernen am Modell statt. Zudem sollten Führungskräfte in ihrem Feedback an ihre Mitarbeiter auch berücksichtigen, ob sich diese ausreichend erholen. Weiterhin können sie ihre Mitarbeiter dazu anregen, untereinander ihre Energiereserven zu monitorieren und gegenseitig darauf zu achten, für einen ausgewogenen Wechsel von Hochleistung und Regeneration zu sorgen (Bruch/Menges 2010).

Damit nehmen Führungskräfte eine Schlüsselposition im Energiemanagement von Unternehmen und einen aktiven Part ein, um ihr Unternehmen vor der Beschleunigungsfalle zu schützen. Eine ganzheitliche Führungskräfteentwicklung muss Führungskräfte auf die genannten Herausforderungen emotional, kognitiv und verhaltensorientiert vorbereiten.

Literatur

- BASS, B. M./AVOLIO, B. J. (EDS.) (1994): Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks, CA
- BRUCH, H./GHOSHAL, S. (2003): Unleashing Organizational Energy. MITSloan. Management Review, 45, 1, pp. 45–51
- BRUCH, H./MENGES, J. I. (2010): The Acceleration Trap. Harvard Business Review, 88, 4, pp. 80–86
- BRUCH, H./VOGEL, B. (2011): Fully charged: How great leaders boost their organization's energy and ignite high performance. Boston, MA

Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Michael Bellwinkel
BKK Bundesverband, Essen

Arbeitslosigkeit begleitet die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland seit den frühen 1970er Jahren. Mittlerweile hat sich die Arbeitslosigkeit auf einem hohen Niveau stabilisiert: Die Zahl der Arbeitslosen in Deutschland lag in den letzten zwei Jahrzehnten ununterbrochen über drei Millionen, zum Teil deutlich darüber. Trotz des wirtschaftlichen Aufschwungs wird die offizielle Statistik der Bundesagentur für Arbeit im Jahresdurchschnitt 2011 in Deutschland noch immer annähernd drei Millionen Menschen als arbeitslos ausweisen. Ein Drittel davon gilt als langzeitarbeitslos, d.h. ist seit über einem Jahr nicht in Beschäftigung. Bei einer Abschwächung der Konjunktur muss mit einem Wiederanstieg der Arbeitslosigkeit in Deutschland gerechnet werden.

Der Eintritt von Arbeitslosigkeit wird von den Betroffenen vielfach als ein einschneidendes Erlebnis empfunden, das ihnen den Boden den Füßen wegzieht. Lebensperspektive, gesellschaftliches Ansehen, finanzielle Absicherung, Lebenssinn und -struktur – nichts ist mehr, wie es war. Gisela Mohr spricht von chronischem Stress: „In der arbeitspsychologischen Stressforschung ist ein Stressor dadurch definiert, dass eine Person nicht ausreichende Möglichkeiten hat, die Anforderungen der Umwelt zu bewältigen. Dass Arbeitslose mit Depressionen, Angststörungen, einem reduzierten Selbstwertgefühl oder gar einer Alkoholerkrankung keine ausreichenden Möglichkeiten mehr haben, die Situation der Arbeitslosigkeit zu bewältigen, mithin für diese Menschen eine chronische Stresssituation gegeben ist, liegt auf der Hand.“ (Mohr 2011, S. 273)

Belastungen, die der Mensch nicht mehr verarbeiten kann, lösen früher oder spä-

ter bei diesem eine Krankheit aus. Diese Situation ist bei Arbeitslosen verbreitet, wie die folgenden Zahlen zeigen, und damit auch ein Thema für die Krankenkassen, denn die Leistungsausgaben sind deutlich höher als bei den Erwerbstätigen. Und auch die Arbeitsvermittler der Bundesagentur für Arbeit und der Job-Center haben damit ein Problem, denn kranke Arbeitslose lassen sich nicht in einen Job vermitteln. Im BKK System wurde deshalb bereits vor Jahren der JobFit-Ansatz zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen entwickelt und evaluiert, um die Gesundheit von Arbeitslosen zu stärken, damit sie den chronischen Stress besser bewältigen können. Aktuell haben erste Abstimmungen zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit begonnen, die Rahmenbedingungen für JobFit und andere Ansätze so zu verbessern, dass deren Umsetzung künftig unbürokratischer und flächendeckender erfolgen kann.

Der Gesundheitszustand von Arbeitslosen ist schlechter als der von Erwerbstätigen

Im BKK Gesundheitsreport wurde in den letzten Jahren immer wieder dargestellt, dass Arbeitslose einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Erwerbstätige. Bezieher von Arbeitslosengeld I (ALG I) hatten 2010 mit rund 27,2 Arbeitsunfähigkeitstagen einen erheblich höheren Krankenstand als pflichtversicherte Erwerbspersonen mit durchschnittlich 14,8 Arbeitsunfähigkeitstagen. Dabei unterschätzen diese Zahlen noch den tatsächlichen Befund: Denn in die Arbeitsunfähigkeitsstatistik gehen nur die Daten der Bezieher von ALG I ein, da diese Anspruch auf Krankengeld haben. Arbeitsunfähigkeitsdaten

der Bezieher von ALG II werden von dieser Statistik nicht erfasst. Hinzu kommt, dass Arbeitslose bei kürzeren Erkrankungen häufig auf eine Krankmeldung verzichten, weshalb die Arbeitsunfähigkeitsdaten das Krankheitsgeschehen nicht vollständig darstellen.

Insbesondere die psychischen Erkrankungen prägen in besonderer Weise den gesundheitlichen Befund von Arbeitslosen: Fast jeder vierte Arbeitsunfähigkeitstag wird dadurch verursacht. Im Vergleich zu den pflichtversicherten Erwerbstätigen liegt dieser Wert viermal so hoch. Arbeitslose weisen aber auch bei den meisten anderen Krankheitsarten – Ausnahme: Infektionen und Atemwegserkrankungen – gegenüber den Erwerbstätigen deutlich erhöhte Werte auf. Vielfach besteht hier ein psychosomatischer Zusammenhang.

Dass es sich bei den Erkrankungen um schwere Erkrankungen handelt, zeigen die Auswertungen der Krankenhausstatistik aus dem Vorjahr, die die Daten von Beziehern von ALG I und ALG II darstellt. Im Vergleich zu den pflichtversicherten Erwerbstätigen weisen Arbeitslose 2,5-fach längere Behandlungszeiten im Krankenhaus auf. Mit durchschnittlich 10,3 Tagen ist auch die Verweildauer der Arbeitslosen um rund zwei Tage je Fall länger als bei den Erwerbstätigen. Wie in den Vorjahren bleiben die psychischen Erkrankungen die dominierende Krankheitsursache für einen Krankenhausaufenthalt. Bei den männlichen Arbeitslosen werden nahezu siebenmal mehr Krankentage ermittelt als bei den männlichen Erwerbstätigen, hinter denen sich vielfach Langzeittherapien aufgrund von Alkoholerkrankungen verbergen. Aber auch bei nahezu allen anderen Krank-

heitsarten weisen Arbeitslose deutlich mehr Krankenhaustage als Erwerbstätige auf.

Dass die psychischen Erkrankungen wesentlich das Krankheitsbild von Arbeitslosen prägen, belegen auch die ärztlichen Diagnosen und Verordnungen in der ambulanten Praxis: Auf 100 Arbeitslose (Bezieher von ALG I und ALG II zusammen) entfallen 78 psychiatrische Einzeldiagnosen im Vergleich zu 43 Diagnosen bei Erwerbstätigen. Insbesondere depressive Episoden stehen hier im Vordergrund. Es überrascht deshalb auch nicht, dass Arbeitslose gegenüber Erwerbstätigen mehr als doppelt so viele Verordnungen an Psychopharmaka und Antidepressiva aufweisen.

Insgesamt betrachtet weisen Arbeitslose gegenüber Erwerbstätigen deutlich erhöhte Morbiditätswerte auf. Es dominieren neben den psychischen Störungen chronische Erkrankungen. Zoike, die Autorin des BKK Gesundheitsreports, folgert aus diesem Befund, dass die gesundheitliche Verfassung zum Teil schon von vor Beginn der Arbeitslosigkeit zu einen höheren Risiko beigetragen haben kann, den Arbeitsplatz zu verlieren. „Insbesondere die psychischen Krankheitsursachen weisen jedoch auf erhöhte Krankheitsrisiken auch durch den Faktor Arbeitslosigkeit selbst hin.“ (Zoike 2011, S. 286)

Arbeitslosigkeit verursacht hohe Krankheitskosten für die GKV

Die erhöhte Morbidität von Arbeitslosen ist für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit erheblichen Zusatzkosten verbunden. Auf der Basis der Zahlen von 2006 hat der Autor in einer früheren

Untersuchung folgende Schätzung aufgestellt:

„Im September 2006 waren 4,3 Mio. Arbeitslose in der GKV versichert. Während ein erwerbstätiges Mitglied durchschnittlich rund 3.650,- € Beiträge im Jahr entrichtet, sind es beim ALG I-Empfänger rund 2.920,- € und beim ALG II-Empfänger 1356,- €. Daraus errechnen sich Mindereinnahmen durch Arbeitslose in Höhe von 7,4 Mrd. €.“ (Bellwinkel/Zoike 2007, S. 478)

Diesen stehen deutlich höhere Ausgaben im Vergleich zu Erwerbstätigen gegenüber. In einer anschließenden Detailanalyse konnten die ursprünglich geschätzten Mehrausgabe auf 5,2 Mrd. € konkretisiert werden (Prüßmann/Friedrichs/Bellwinkel 2009).

Damit addieren sich Mindereinnahmen und Mehrausgaben zu einer Deckungslücke von mehr als 12,6 Mrd. Das heißt, die Arbeitslosigkeit in Deutschland kostete im Jahr 2006 allein die GKV 12,6 Mrd. Selbst beim aktuellen Arbeitslosenniveau von rund drei Mio. Arbeitslosen beträgt die Deckungslücke noch immer rund neun Mrd. € pro Jahr. Damit beteiligt sich die GKV zu einem nicht unerheblichen Teil an der Finanzierung der Arbeitslosigkeit und könnte durch deren weiteren Abbau finanziell erheblich entlastet werden.

Da die GKV auf den Arbeitsmarkt keinen direkten Einfluss nehmen kann, muss sie daran interessiert sein, die Gesundheit von Arbeitslosen zu verbessern, um damit die Mehrausgaben zu reduzieren und zugleich dazu beizutragen, dass sich die Beschäftigungsfähigkeit und damit die Vermittlungschancen der

Arbeitsuchenden auf dem Arbeitsmarkt verbessern.

Aus kassenökonomischer Sicht ist deshalb insbesondere eine Reduzierung der überdurchschnittlich häufigen und langwierigen stationären Behandlungen infolge psychischer Erkrankung notwendig. Dies ist auch unter den Bedingungen des ab 2009 geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs rational, da dort lediglich die durchschnittlichen Kosten eines Krankheitsfalls ausgeglichen werden, darüber hinaus gehende Kosten hingegen nicht. Arbeitslose weisen aber gegenüber Erwerbstätigen nicht nur doppelt so viele Krankenhausbehandlungen, sondern auch zweieinhalbmal so viele Krankenhaustage auf. Die Kosten dieser Fälle liegen also deutlich über dem Durchschnitt und nur der wird ausgeglichen.

Auch angesichts des ab 2009 geltenden einheitlichen Beitragssatzes besteht bei Krankenkassen ein hohes Interesse an der Reduzierung gerade großer Kostenblöcke. Auf der anderen Seite ist die GKV ebenso an einer Verbesserung der Einnahmeseite interessiert. Dieses Ziel wird immer dann erreicht, wenn ein Arbeitsloser ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis aufnimmt. Damit dies gelingt, muss der Arbeitsuchende eine ausreichende Beschäftigungsfähigkeit aufweisen. Und diese wiederum wird ganz entscheidend vom Gesundheitszustand geprägt.

Nur ein gesunder Arbeitsloser ist am Arbeitsmarkt vermittelbar

Die Interessenlage der Arbeitsmarktakteure ist der auf der GKV-Seite durchaus ähnlich. Am Arbeitsmarkt ist nur

derjenige vermittelbar, der gesund und damit auch beschäftigungsfähig ist. Wer seine Gesundheit bereits soweit eingebüßt hat, dass darunter seine Beschäftigungsfähigkeit leidet, hat kaum eine Chance auf Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Er bleibt weiter Klient der Arbeitsmarktverwaltung. Diese hat damit ein Problem, denn umso länger die Arbeitslosigkeit andauert, umso schwieriger gestaltet sich die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und umso länger entstehen den Arbeitsmarktträgern Kosten.

Am Erhalt oder gar an der Verbesserung der Gesundheit von Arbeitslosen müssen also beide Akteursseiten – GKV und BA – ein hohes Interesse haben. Wirksame Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat diesen Zusammenhang erkannt und im Jahr 2010 die Kampagne „Gesundheitsorientierung“ in ihre Qualifizierungs- und Vermittlungsarbeit aufgenommen. Danach können bis zu 20% des Zeitkontingents der Maßnahmen für das Themenfeld „Gesundheit“ verwendet werden. Das schafft die Voraussetzung für eine neue Quantität und letztlich auch Qualität der Gesundheitsförderung für Arbeitslose. Denn bei mehrmonatigen Maßnahmen kommen leicht dreistellige Stundenzahlen für Gesundheitsorientierung zusammen. Zum Vergleich: Der im Folgenden dargestellte JobFit-Ansatz kommt gerade einmal auf 17,5 Stunden, wovon die SGB-II-Träger vier Stunden für die individuelle Gesundheitskompetenzberatung finanzieren und die restlichen 13,5 Stunden auf den von der GKV getragenen Präventionskurs entfallen.

JobFit – ein Ansatz zur Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Wie gezeigt, kann sich Arbeitslosigkeit negativ auf den Gesundheitszustand auswirken. Existenzielle Sorge, fehlende Anerkennung und Alltagsstrukturierung beeinflussen die psychische und körperliche Stabilität. Die gesundheitliche Belastung wiederum verringert ihre Beschäftigungsfähigkeit. Um diesem Kreislauf entgegenzuwirken, hat der BKK Bundesverband den JobFit-Ansatz entwickelt, bei dem gesundheitsfördernde Elemente in arbeitsmarktintegrierende Maßnahmen für Arbeitslose implementiert werden (vgl. BKK Bundesverband 2010a). In den Einzel- und Gruppenangeboten wird die besondere Lebenssituation von Arbeitslosigkeit betroffener Menschen berücksichtigt. Die Evaluation der Modellphasen JobFit Regional und JobFit NRW hat gezeigt, dass der Gesundheitszustand der teilnehmenden Arbeitslosen und damit auch ihre Beschäftigungsfähigkeit signifikant verbessert werden konnte (Bellwinkel 2009).

Die Grundidee von JobFit besteht darin, Gesundheitsförderung dort anzubieten, wo die Vertreter der Zielgruppe in einem Qualifizierungs- oder Beschäftigungsverhältnis stehen. Dazu werden die Maßnahmen der Transfergesellschaft bzw. Arbeitsverwaltung um die beiden folgenden Module ergänzt:

- Durch individuelle Gesundheitskompetenzberatung beim Maßnahmenträger zu Beginn der Maßnahme werden die Teilnehmer für ihre Gesundheit sensibilisiert und zur Teilnahme an einem Präventionskurs der Krankenkassen und weiteren Gesundheits-

aktivitäten motiviert (BKK Bundesverband 2009).

- In einem speziell für Arbeitslose konzipierten Präventionskurs zur multimodalen Stressbewältigung lernen die Teilnehmer den gesundheitsgerechten Umgang mit den hohen psychischen Belastungen infolge ihrer Arbeitslosigkeit (BKK Bundesverband 2010b).

Die Idee dahinter ist: Arbeitslose müssen motiviert werden, sich um ihre Gesundheit zu kümmern, sie müssen bei der Entwicklung von Gesundheitszielen aktiv eingebunden werden. Präventionsangebote müssen an den zentralen gesundheitlichen Problemen (psychische Belastungen) ansetzen und spezifisch auf die Zielgruppe ausgerichtet sein.

Der Teilnehmer erhält beide Module von zuvor geschulten Mitarbeitern des Maßnahmenträgers aus einer Hand und an einem Ort. Das ist zweifellos das zentrale Erfolgsrezept des JobFit-Ansatzes. Unterstützt wird dieser Erfolg durch die freie Trägerstruktur dieser Settings, die keinen Leistungsbezug zu verantworten haben, wie Krankenkassen oder Arbeitsagenturen, und insofern weniger angstbehaftet sind.

Die Krankenkassen finanzieren den Präventionskurs nach § 20 SGB V. Sie haben dafür ihre Abrechnungspraxis für Bezieher niedriger Einkommen überarbeitet: Diese müssen nicht mehr finanziell in Vorlage treten, stattdessen rechnet der Kursanbieter die Kurskosten direkt mit der jeweils versichernden Krankenkasse ab.

Die individuelle Gesundheitskompetenzberatung wird vom SGB-II/III-Träger bzw.

der Transfergesellschaft finanziert. Die Finanzierung erfolgt durch SGB-II-/III-Träger im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung nach § 46 SGB III und § 16 SGB II i. V. m. § 46 SGB III sowie im Rahmen der „Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen“.

Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen GKV und BA

Dieselben Ansätze, die in manchen Regionen gut funktionieren, können in anderen Regionen aufgrund zahlreicher Hemmnisse erst gar nicht starten. Selbst so etablierte Ansätze wie JobFit, AmigA oder AktivA lassen erkennen, wie schwierig derzeit noch die Kooperation auf allen Ebenen ist. Aber auch die BA-Kampagne zur Gesundheitsorientierung lebt davon, dass sie in enger Kooperation mit anderen Partnern, gerade auch der GKV, entwickelt und umgesetzt wird.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Gutachten 2007 für die Bundesregierung auf Basis der oben beschriebenen Ausgangslage eine engere Verzahnung der Gesundheits- und Arbeitsmarktpolitik empfohlen (Sachverständigenrat 2007).

Vor diesem Hintergrund hat das Forum „Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung“ im Deutschen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (DN-BGF) im Sommer 2010 eine Initiative zur Verbesserung der Kooperation zwischen GKV und BA gestartet. Eine Arbeitsgruppe – bestehend aus Vertretern von BA, GKV, der Selbstverwaltung sowie einzelner Projekte – hat zu Beginn des

Jahres 2011 den Gremien von GKV und BA einen Vereinbarungs-Entwurf zur Diskussion mit dem Ziel der späteren Unterzeichnung durch beide Partner vorgelegt, in dem Handlungsbedarfe aufgezeigt werden und eine Struktur zur Umsetzung der Kooperation zwischen GKV und BA vorgeschlagen wird. Zudem werden erste Überlegungen zur Ausgestaltung relevanter Handlungsfelder angestellt. Mit der Unterzeichnung des Papiers soll ein Prozess angestoßen werden, der im Ergebnis eine oder mehrere Vereinbarungen analog der Vereinbarung zwischen Gesetzlicher Unfallversicherung und GKV (vgl. Rahmenvereinbarung 2009) hervorbringen soll.

Die Vertreter der Kooperations-Initiative sehen insbesondere in der schlechten gesundheitlichen Verfassung von Arbeitslosen eine bedeutsame Ursache für das Scheitern von Integrationsbemühungen und dem Verbleib der Menschen in den sozialen Sicherungssystemen, wobei sie hier einen sich selbst verstärkenden Zusammenhang sehen: Ein beruflicher Wiedereinstieg ist für gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose erheblich erschwert und gleichzeitig verstärkt anhaltende Arbeitslosigkeit gesundheitliche Risiken. Immerhin ist ein nennenswerter Anteil der Arbeitslosen betroffen, die Vertreter der Kooperations-Initiative gehen von ca. 35% der Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitssuchende gesundheitliche Einschränkungen aus.

Besondere Bedeutung komme dabei psychosozialen Belastungen mit erheblichen Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl sowie Depressivität und Angstsymptomen zu. Die Erkrankungsgefahr steige mit der Dauer der Arbeitslosigkeit,

dem Alter und mit sinkendem sozialökonomischen Status an.

Als Risikofaktoren gelten in der Situation der Erwerbslosigkeit auch geringere Gesundheitsressourcen. Zudem würden Erwerbslose von Präventionsmaßnahmen bisher kaum erreicht. Ferner sei deren Situation durch die schon dargestellte überdurchschnittliche Morbidität, ungünstigere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie ein signifikant erhöhtes Risiko für vorzeitige Sterblichkeit gekennzeichnet.

Die Vertreter der Kooperations-Initiative sehen einen eindeutigen und hohen Handlungsbedarf darin,

- a) das Erkrankungsrisiko und die mit Erwerbslosigkeit verbundenen psychosozialen Belastungen durch zielgruppenspezifische Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention und Gesundheitsförderung zu verringern und
- b) bereits eingetretene Krankheiten so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln, um schwere und chronische Krankheitsverläufe zu vermeiden,

da beides wesentlich dazu beitrage, die betroffenen Menschen schnellstmöglich wieder in Arbeit zu vermitteln. Mit der Unterzeichnung der Vereinbarung wollen deren Verfasser die gesundheitliche Situation Erwerbsloser zu einem gemeinsamen strategischen Handlungsfeld von BA und GKV machen. Sie wollen ihre Kompetenzen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich und bei den gegebenen differierten Finanzierungsverantwortungen koordiniert, kooperativ und zielorientiert bündeln, um – gemeinsam mit weiteren relevanten Akteuren – die Gesundheit

und Beschäftigungsfähigkeit dieser Zielgruppe zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Insbesondere auf den folgenden Feldern wird ein hoher Bedarf gesehen, die Zusammenarbeit von BA und GKV konkret zu intensivieren und in Form von Vereinbarungen zu fixieren:

- Austausch und Zusammenarbeit bei Leistungen zur Gesundheit für Erwerbslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Beschäftigte
- Aufbau und Weiterentwicklung von Kooperationen
- (Weiter-)Entwicklung von Programmen und Leistungserbringung
- Prozesse der Qualitätssicherung

Um zu nachhaltigen Veränderungen in dem Feld zu gelangen, müssen die dafür notwendigen Strukturen entwickelt werden. Insofern erscheinen Ausbau und Verbesserung der Kooperation zwischen GKV und BA zwingend. Die Ausführungen haben gezeigt, wie notwendig dies für die Verbesserung der Gesundheit und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen ist. Deshalb ist zu wünschen, dass die GKV und die BA die Vereinbarung unterzeichnen und damit in einen konstruktiven Dialog treten, an dessen Ende verbindliche Vereinbarungen zu allen relevanten Themen stehen. Damit wäre die Voraussetzung geschaffen für eine wirksame Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen.

Literatur

BELLWINKEL, M. (Hg.) (2009): JobFit NRW. Ein Modellprojekt zur Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen in die Regelstrukturen der Arbeitsmarktpolitik unter Beteiligung der Gesetzlichen Krankenkassen. Bremerhaven

BELLWINKEL, M./ZOIKE, E. (2007): Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen. In: Kirch, W./Badura, B./Pfaff, H. (Hg.): Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden 24. bis 27. Oktober 2007. Heidelberg, S. 471–484

BKK BUNDESVERBAND (Hg.) (2009): Die FIT-Beratung. Motivierende Gesundheitsgespräche für Arbeitslose. Praxishilfe. Essen

BKK BUNDESVERBAND (Hg.) (2010a): JobFit-Leitfaden zur Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung, Essen

BKK BUNDESVERBAND (Hg.) (2010b): Trainermanual für den Präventionskurs: Und keiner kann's glauben. Stressfaktor Arbeitslosigkeit. Praxishilfe. Essen

MOHR, G. (2011): Umdenken erwünscht. Psychisch kranke Arbeitslose: Eine Herausforderung für Sozialversicherungen und Gesellschaft. In: Die BKK 5/2011, S. 272–281

PRÜßMANN, J.-F./FRIEDRICHS, M./BELLWINKEL, M. (2009): Gesundheitsförderung in Veränderungsprozessen. Gesundheitsorientierte Selbstmanagementprozesse bei drohender Arbeitslosigkeit und prekärer Beschäftigung. Bremerhaven

RAHMENVEREINBARUNG der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung und des GKV-Spitzenverbandes unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Zusammenarbeit bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Oktober 2009

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (2007):

Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bundestags-Drucksache 16-6339, S. 341–347

ZOIKE, E. (2011): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse des Gesundheitsreports 2010. In: Die BKK 05/2011, S. 282–286

Wandel von Tätigkeiten im Berufsalltag – Berufsbilder früher und heute

Arno Georg
Sozialforschungsstelle (sfs), Dortmund

Der Abschied vom Malocher¹ – Stahlarbeit im Wandel

In der Phase zwischen 1960 und 2000 hat sich die Stahlarbeit grundlegend verändert, nicht ohne Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen innerhalb der Stahlindustrie und die regionalen Umfelder, z.B. im Ruhrgebiet.

1960 ist die Produktionsarbeit in der Stahlindustrie überwiegend Handarbeit sowie Steuerarbeit an teilmechanisierten Anlagen. Es ist angelernte Industriearbeit, und es ist männliche Arbeit. Das unten beschriebene Beispiel des Umwalzers gilt für viele andere Arbeitsplätze mit körperlicher Schwer- und Schwerstarbeit (schwere statische oder dynamische muskuläre Arbeit) unter extremen Arbeitsumgebungsbedingungen: Hitze und Kälte im Wechsel (je nach Nähe zum über 1.000 Grad heißen Stahl in offenen Hallen), Lärm, Staub, Gase und Dämpfe sind, meist in Kombination, charakteristisch für viele Arbeitsplätze mit zudem hohem Unfallrisiko (Lichte 2008).

In seiner berühmten Beschreibung der Arbeitssituation des Umwalzers zeigt Hans-Paul Bardt, wie Stahlarbeit, vielfach abschätzig als anspruchslose Arbeit von Muskelmännern gesehen, gleichermaßen körperliche Gewandtheit, Geistesgegenwart und Willenskraft erfordert:

Er [der Umwalzer; A. G.] steht vor seinen zwei nebeneinander befindlichen Walzengerüsten. Mit einer Zange hat er die zwischen den beiden Walzen des linken Gerüsts herausschießende Walzader zu „schnappen“. Er dreht sich um sich selbst, schwenkt das Aderende um sich herum und steckt es in die Führungen

des rechts von ihm stehenden Gerüstes... Nachdem sie „umgesteckt“ ist, schießt sie... von hinten in das nächste Gerüst, wo sie von dem nächsten Umwalzer geschnappt und wieder umgesteckt wird... Die Bewegung des Schnappens, Schwenkens und Wegsteckens weist eine Reihe von Nuancen auf, die sich je nach Art und Erwärmungszustand des Materials unterscheiden... Der Umwalzer kann nicht warten, bis er den Draht aus der Führung heraus kommen sieht, denn dieser schießt so schnell heraus, dass das überstehende Ende zu lang wäre, um richtig umgesteckt zu werden. Er greift mit der Zange „ins Schwarze“. Über die ersten beiden Gerüste kann er freilich blicken, kann also die Ader kommen sehen. An den anderen beiden Gerüsten muss er sich nach dem Vordermann richten. Eine bestimmte Zeit nach dessen Umstecken packt er zu und schnappt dann tatsächlich die Ader ganz vorn... Die Länge dieser Zeitspanne muss man... im Gefühl haben. Die Schwenkbewegung ist nicht einfach zu erlernen. Wenn der Draht mit der Zange gefasst ist, findet ein Griffwechsel statt. Während vorher jede Hand je ein Ende der Zange hielt, so umschließen jetzt beide Hände die zwei Zangenenden zusammen. Zu gleicher Zeit dreht sich der Umwalzer um sich selbst und schwenkt den Draht. (Aus: Bahrdt, H.-P.: Die Arbeitssituation des Umwalzers; zit. nach: Meyn/Peter 2010, S. 236 f.)

Zunehmende Automation und technische Innovationen führen schließlich zu einer ständig steigenden Komplexität der Anforderungen an die (zahlenmäßig ständig verringerten) Belegschaften. In den neuen, schnelleren Anlagen mit höherem Tonnage-Output werden Störungen, ih-

re schnelle Beseitigung oder präventive Vermeidung, zu einer zentralen Aufgabe für qualifizierte menschliche Interventionen. So wird Anfang der 1970er Jahre der Ausbildungsberuf des Hüttenfacharbeiters geschaffen. Er soll nun in höherem Maße formale verfahrens- und produktspezifische Kenntnisse haben, die systematisch erlernt werden müssen. Neben veränderten Fachkenntnissen bedeutet dies auch eine Abkehr vom traditionellen Lernen durch „Vormachen und Nachmachen“ zugunsten eigenständiger beruflicher Handlungsfähigkeit und Teamarbeit, weg von der ausschließlichen Ausbildung durch betriebliche Sozialisation in Unterordnungsverhältnissen („Eisen erzieht“).

In den neunziger Jahren sind die Anlagen dann schon vollmechanisiert, zum Teil automatisiert. Sie werden weitestgehend durch EDV gesteuert. Die Handsteuerung, gestützt durch die visuelle Beobachtung des Prozesses, wird damit fast vollkommen in das technische Ensemble verlagert. Stahlarbeit wird vorwiegend zur Überwachung, Optimierung und Steuerung der Prozesse im Sinne von Eingriffen in elektronische Prozesssteuerungen. Wenngleich es in einigen Bereichen (z.B. Reparatur) nach wie vor körperlich schwere Arbeit gibt, haben körperliche Belastungsfähigkeit und die virtuose manuelle Steuerung der Anlagen dem souveränen Umgang mit Prozessautomatik Platz gemacht.

Der Einsatz von Fernwirktechnik ersetzte so zwar viele Walzwerker, schützte aber auch davor, dass der beschriebene Umwalzer beim Abnehmen des Walzgutes und Zuführen zum nächsten Stich vom Walzgut erdrückt oder mit in das Gerüst

¹ Ausführlich ist dies dargestellt in dem äußerst lesenswerten Buch von Hindrichs et al. (2000).

gezogen wurde. Rollgänge, Wipptische und Weichen dirigieren nun Stahlknüppel „wie von Geisterhand“ aus dem Ofen auf ein Walzengerüst zu, wo sie sich, schnell vor und zurück bewegend, ihre Abmessung erhalten. Wie beim Umwalzer wird auch hier in mehreren Arbeitsgängen die Stahlwalzader immer länger und dünner – aus „Knüppeln“ zu Draht. Durch spezielle Kombinationen aus Erwärmen, Glühen und Abschrecken werden die gewünschten Eigenschaften des Drahtes eingestellt, meist auf Knopfdruck, vollautomatisch oder von einem Steuerstand aus überwacht.

Neben den aus neuen Techniken erwachsenden Notwendigkeiten, Arbeitsplätze umzugestalten, haben Montanmitbestimmung und Arbeitsschutzgesetzgebung dazu beigetragen, ergonomisch verbesserte Arbeitsplätze zu schaffen. Sie befinden sich vielfach in lärmgeschützten und klimatisierten Leitständen hinter Panzerglas. Durch die räumliche Entfernung von der Anlage und „Einkapselung“ gelingt eine Reduzierung der Belastungen aus der Arbeitsumgebung trotz verbleibender Extremeinflüsse für diejenigen Arbeiter, die sich temporär oder dauerhaft in den Anlagen selbst aufhalten müssen.

Mit dieser Veränderung der Arbeit geht aber auch eine Arbeitsverdichtung einher, und die besonderen Beanspruchungen der Automationsarbeit lassen neue Belastungen entstehen. Zentrale Tätigkeiten liegen in der Führung und Überwachung automatisiert ablaufender Prozesse, was überwiegend kognitive Ressourcen beansprucht. Neben der kontinuierlichen Bewertung des laufenden Prozesses muss die Person im Steuerstand anhand laufend aktualisierter

Prozessparameter das Systemverhalten antizipieren und für mögliche Störfälle geeignete Handlungsstrategien parat haben. Läuft alles normal, dann führt der hohe Automatisierungsgrad zu passiver Überwachung und damit kognitiver Unterforderung. Die Daueraufmerksamkeit lässt je nach Disposition nach kurzer Zeit nach. Bei einer Störung ist der Bediener dagegen einer hohen Belastung ausgesetzt. In kürzester Zeit sind dann große Informationsmengen folgerichtig auszuwerten und Korrekturmaßnahmen einzuleiten.

Hier treten neue, mental-informatrische Belastungen auf, resultierend aus steigenden Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits- und Denkleistungen sowie emotionale Belastungen, die neben kurzzeitigen Einschränkungen wie Ermüdung oder Stress mittelfristig zu psychosomatischen Störungen und Erkrankungen (u.a. Verdauungsbeschwerden, Herzbeschwerden, Kopfschmerzen) führen können.

Bei allen Wandlungsprozessen der Arbeit in der Stahlindustrie ist vor allem das prägende Arbeitszeitregime konstant geblieben: Auch weiterhin ist die Produktions- und Instandhaltungsarbeit geprägt durch Drei-, Vier- und Fünfschicht-Arbeitszeitsysteme.

Pflege: Von der „weiblichen“ Nächstenliebe zur fachkompetenten Gesundheitsdienstleistung

Es ist ein Jammer anzusehen, welche Menschen man als Krankenwärter und Wärterinnen anstellt. Jeder Alte, Versoffene und Trübselige, Blinde, Taube, Lahme, Krumme, Abgelebte, jeder der

zu nichts auf der Welt mehr taugt, ist dennoch nach der Meinung der Leute zum Wärter gut genug. Menschen, die ein unehrliches Gewerbe getrieben haben, Faulenzer, Taugenichtse, alle die scheinen vielen noch außerordentlich brauchbar als Krankenwärter... Es ist viele hundert Kleinigkeiten mehr, die eine gute Krankenwärterin wissen muss, und man sollte billig keinen den Zutritt zu Kranken gestatten, der nicht vorher in dieser Kunst wohl unterrichtet worden wäre. (Johann Friedrich Dieffenbach, 1832)²

Dies Zitat beschreibt zugespitzt die Einschätzung von Krankenpflegekräften im 18. Jahrhundert (durch einen Arzt). Kranke aufzusuchen, um sie in der christlichen Tradition oder mit den „der Frau innewohnenden“ mütterlichen Fähigkeiten zu umsorgen, war der Anfang der heutigen professionellen Form der Krankenpflege. Wurzelte sie in der christlichen Nächstenliebe (Caritas), so trat später die staatlich organisierte Wohlfahrt hinzu.

Als Arbeitskräfte wurden Frauen eingesetzt, zunächst vor allem Ordensschwestern, und als dies nicht mehr ausreichte, auch weltlich pflegerisch Tätige. Entsprechend dem weiblichen Rollenbild wurden die Bereitschaft zum Dienen und zu Gehorsamkeit als zentrale Anforderungen gesehen. Operativ bedeuteten diese Zuschreibungen unbedingte Weisungsgebundenheit gegenüber Ärzten, unklare Tätigkeitsbeschreibungen, schlechte Arbeitsbedingungen und Bezahlung (Aspekte, die zum Teil noch heute thematisiert werden). Pflege war also nicht Beruf, sondern Berufung aus innerem Antrieb. Entsprechend wurden in der Ausbildung – bis in die jüngere Vergangenheit hinein – fast ausschließ-

² Zit. nach Rüller et al. 1993, S.103

lich fachliche Lerninhalte vermittelt, da vermeintlich alle erforderlichen empathischen und kommunikativen Kompetenzen ja bereits bei Frauen vorhanden waren. Ein Handbuch der Krankenpflege von 1917:

*Selbstlosigkeit, Treue, Folgsamkeit, Ordnungs- und Wahrheitsliebe, Beobachtungsgabe, Taktgefühl, Reinlichkeit, Verschwiegenheit und eigene volle Gesundheit und Rüstigkeit... Sie ist die unentbehrliche geschätzte Hilfskraft des behandelnden Arztes und seines Stellvertreters... Er muss von der Pflegerin verlangen, dass sie seine Verfügungen kritiklos und unbedenklich nach den Regeln der Wissenschaft und der Schule präzise durchführt und sich durch nichts in der Durchführung beirren lässt.*³

Dienen als Leitbild der Pflegenden tritt zwar parallel zum Rückgang von Ordensschwwestern und Diakonissen als Hauptgruppe des ausgebildeten Pflegepersonals in den 1950er Jahren in den Hintergrund, von den traditionalistischen Berufsverbänden gehen allerdings wenig Impulse zur Erneuerung des Berufsbildes mit Bezug auf die Anforderungen einer modernen Gesundheitsversorgung aus. 1965 wurde die Ausbildung in der Krankenpflege aufgewertet und dauerte erstmals drei Jahre. Die Krankenpflege wurde hier aber (weiterhin) in die Nische der ärztlichen Assistenzberufe gedrängt. Etwa zur gleichen Zeit wird die Funktionspflege im geteilten Dienst zum Schichtdienst mit Zimmerpflege/Bereichspflege umorganisiert. Bis zu 40-Betten-Stationen werden in Pflegegruppen mit 10 bis 20 Betten umgebaut, und die Pflegeplanung als Arbeitsmethode setzt sich langsam durch. Erst etwa 1980 beginnt

die patientenbezogene Einzeldokumentation und ersetzt die tagebuchartigen Übergabebücher.

Lange bevor 2004 der Krankenpflege erstmalig gesetzlich Kompetenzen zugeschrieben wurden, die zusätzlich eigenständige professionelle Pflegebereiche zulassen, hatte die im Jahr 1974 von der WHO angeregte Einführung des Pflegeprozesses⁴ als moderner Form der Arbeitsorganisation eine Wende für das (Selbst-)Verständnis des Pflegedienstes eingeleitet.

Professionelle Pflege reklamiert heute für sich eine ganzheitliche patientenorientierte Sichtweise auf die zu pflegende Person mit engem zwischenmenschlichen Kontakt, mit dem Ziel, Patienten möglichst schnell dazu zu verhelfen, ihre Selbstständigkeit so weit wie möglich zurückzugewinnen und bei chronischen Erkrankungen selbstbefähigt mit ihrer Erkrankung umzugehen. Die naturwissenschaftliche Sichtweise der Medizin wird in der Pflegewissenschaft durch eine neue Sichtweise ergänzt, die stärker auf die gesundheitlichen Ressourcen und das soziale Umfeld der Pflegebedürftigen schaut. Entsprechend erwartet das Krankenpflegegesetz eine am Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse orientierte Ausbildung, die fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermittelt. „Pflege ist dabei... unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden

Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen.“ (§ 3 KrpflG).

Ein Reparaturdenken – wie noch in den 1970er Jahren üblich – deckt diese neuen Bedarfe an Pflege nicht mehr ausreichend ab. Besonders bei chronischen Erkrankungen – wo eine kurative Therapie nicht greift – erhält die beratende Tätigkeit eine immer größere Bedeutung. Sie zeichnet sich durch eine hohe emotionale Intensität aus, da sich Pflegenden mit z.T. existenziell bedrohlichen Situationen der Patienten und ihrer Angehörigen auseinandersetzen müssen. Zudem kann Interaktionsstress entstehen durch den permanenten Kontaktzwang und die unausgesprochene Norm, Pflegenden gegenüber negative Gefühle unterdrücken zu müssen.

Neben den erst in jüngster Zeit (vor dem Hintergrund vermehrter Berufsausstiege und Fällen von Burn-out bei Pflegenden) thematisierten emotionalen Belastungen haben sich auch durch Weiterentwicklungen in der Medizintechnik neue Anforderungen an das Pflegepersonal ergeben. So ist etwa im Bereich der Intensivpflege neben der grundpflegerischen Versorgung erhebliches (EDV-)technisches Know-how zur Überwachung der Vitalfunktionen bzw. der Bedienung von Überwachungs-, Dialyse- und Beatmungsgeräten erforderlich.

Versucht man, wesentliche Neuerungen in der Pflegearbeit zusammenzufassen, so ist vorrangig zu betonen, dass nicht mehr Medizin, sondern Pflegewissenschaft die fachliche Basis der Ausbildung

³ Bum 1917; zit. nach Steppe 1990, S. 3

⁴ Als „Pflegeprozess“ wird eine systematische Arbeitsmethode zur Erfassung, Planung, Durchführung und Bewertung pflegerischer Maßnahmen bezeichnet, die Pflege als dynamischen Problemlösungs- und Beziehungsprozess versteht und je nach Modell vier bis sechs aufeinander aufbauenden Phasen kennt.

ist. Patienten stehen als Menschen in je individuellen Lebenssituationen im Mittelpunkt der Pflege und damit auch über situatives Lernen und Lernfeldansätze im Zentrum der Pflegeausbildung. Sie schließt palliative, kurative und kompensierende Pflege, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation ein. Damit sind Pflegenden wichtiger Teil eines Gesundheitsteams, gleichwohl versehen mit besonderen Aufgaben, die sie eigenverantwortlich zu organisieren haben.

Herausforderungen der Zukunft liegen für die Pflege in der demografischen Entwicklung, die eine Zunahme des Anteils pflegebedürftiger Menschen, verbunden mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen, mit sich bringt. Die Einführung von Fallpauschalen etc. im Krankenhaus verkürzt die durchschnittliche Verweildauer und führt damit zu höheren Anforderungen an die Pflegenden. Damit

verbunden sind u.U. knappere Zeitvorgaben bei gleichzeitiger Forderung sozialer Betreuung der (zunehmend informierter werdenden) Patienten. Mit der zunehmenden Standardisierung von Arbeitsabläufen werden neue Parameter in der pflegerischen Versorgung und ihrer Qualität(smessung) entwickelt, trotzdem müssen nach wie vor Probleme auch aus der jeweiligen Situation heraus beurteilt und gelöst werden. Zur Bewältigung solcher Unwägbarkeiten in der Arbeit ist Erfahrungswissen von zentraler Bedeutung, weshalb es sich das Versorgungssystem zukünftig immer weniger leisten kann, qualifiziertes Personal abwandern zu lassen.

Pflege steht heute für Dienstleistung auf hohem fachlichem Niveau. Der Empathie und der fürsorglichen Zuwendung muss das nicht abträglich sein, denn Menschlichkeit hängt immer vom Einzelnen ab.

Literatur

- BUM, A. (Hg.) (1917):
Handbuch der Krankenpflege. Berlin
- HINDRICH, W. ET AL. (2000):
Der lange Abschied vom Malocher. Essen
- LICHTE, R. (2009):
Arbeit in der europäischen Stahlindustrie unter Veränderungsdruck. Arbeit, Heft 2, Jg. 17 (2008), S. 106–118
- MEYN, C./PETER, G. (Hg.) (2010):
Arbeitssituationsanalyse 1: Zur phänomenologischen Grundlegung einer interdisziplinären Arbeitsforschung. Wiesbaden
- RÜLLER, H. ET AL. (1993):
Pflege gestern und heute: Handbuch für Unterrichtsvorbereitung und Studium. Ein Lehrbuch für den berufskundlichen Unterricht. Bd. 2. Brake

3

Arbeitswelt



3 Arbeitswelt

Bei der Betrachtung der gesundheitlichen Lage der Erwerbsbevölkerung muss die Arbeitsumwelt einbezogen werden, da diese einen wesentlichen Einflussfaktor darstellt. Aus diesem Grund werden in diesem Kapitel die Beziehung zwischen beruflicher Tätigkeit und dem Gesundheitszustand näher beleuchtet. Der Fokus liegt dabei auf den Unterschieden zwischen verschiedenen Branchen und Berufen. Die Unterschiede aufgrund von Alter, Geschlecht und sozialer Lage sind bereits in *Kapitel 2* näher betrachtet worden.

Weitere wichtige Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit sind Lebenslage, Umwelt und das individuelle Gesundheitsverhalten. Diese können in diesem Bericht nicht dargestellt werden, da entsprechende Daten nicht vorliegen. Entsprechend dem Jahresthema dieses Reports „Zukunft der Arbeit“ werden je-

doch einige dieser Aspekte bei der Betrachtung von beruflichen und betrieblichen Aspekten in drei Themenblöcken einbezogen:

- Der Themenblock „Dynamik in der Arbeitswelt“ gibt Einblick in die aktuellen und erwarteten Entwicklungen in der Arbeitswelt, beispielsweise Beschleunigung und zunehmende Komplexität sowie Wandlung von Berufsbildern.
- Im zweiten Themenblock „Arbeit und Gesundheit“ werden die Auswirkungen der im ersten Block beschriebenen Entwicklungen auf die Gesundheit näher betrachtet. Diese Beiträge beschäftigen sich beispielsweise mit Doppelbelastungen aufgrund von Angehörigenpflege, mit Präsentismus, Berufsmobilität, Diskontinuität und Unternehmenskultur.
- Die Beiträge im Block „Gestaltung gesunder Arbeit“ zeigen Gestaltungsmöglichkeiten von Arbeitsstrukturen

auf und gehen auf Möglichkeiten der individuellen Prävention ein – z.B. in den Bereichen Angehörigenpflege, Work-Life-Balance, psychische Gesundheit, Zeitarbeit und Entschleunigung.

Die folgenden Analysen zur gesundheitlichen Lage von BKK Mitgliedern im Kontext ihres beruflichen Umfeldes basieren auf den Arbeitsunfähigkeitsdaten von insgesamt etwa 5,6 Mio. beschäftigten BKK Mitgliedern – 3,1 Mio. Männer und 2,5 Mio. Frauen. Nach Versichertengruppen unterteilen sich die erwerbstätigen BKK Mitglieder in 5,0 Mio. Pflichtversicherte und 591 Tsd. freiwillige Mitglieder mit Krankengeldanspruch nach sechs Wochen. Die BKK Statistik 2010 repräsentiert insgesamt rund 20% der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (vgl. *Tabelle 4a im Anhang*).

3.1 Fehlzeiten nach Branchen und Berufen

3.1.1 Versichertenstruktur

Struktur nach Branchen

Von den rund 5,6 Mio. beschäftigten BKK Mitgliedern (vgl. *Tabelle 4a im Anhang*) waren 2010 knapp über zwei Mio. Mitglieder in den Dienstleistungsbranchen Handel, Banken, Post und Telekommunikation, Informations- und Unternehmensdienstleistungen sowie im Medienbereich tätig. Das entspricht 36,0% der beschäftigten BKK Mitglieder. Damit ist der Anteil der Beschäftigten im Dienstleistungsbereich im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr wieder leicht gestiegen (2009: 35,3%).

Mit gut 1,6 Mio. Mitarbeitern arbeiteten 29,0% der beschäftigten BKK Mitglieder im produzierenden Gewerbe. Damit verzeichnete dieser Bereich im Jahr 2010, wie auch bereits 2009, leichte Zuwächse (+0,1 PP; 2008 zu 2009: +0,4 PP). Im Gesundheitswesen, dem Bildungsbereich und in den öffentlichen Verwaltungen waren 2010 insgesamt weniger als eine Million Mitglieder beschäftigt. Dies entspricht einem Anteil von 17,4% der beschäftigten BKK Mitglieder und damit im Vergleich zum Vorjahr einem geringen Rückgang des Anteils um 0,1 Prozentpunkte. Die übrigen Mitglieder verteilten sich auf andere Bereiche wie Verkehr, Energie- und Wasserwirtschaft, Baugewerbe, Landwirtschaft und andere Wirtschaftszweige.

Bei Betrachtung der einzelnen Wirtschaftsgruppen stellt die Metallverarbeitungsbranche mit einem Anteil von 15,6% die zahlenmäßig stärkste Mitgliedergruppe der Betriebskrankenkassen dar, auch wenn im Jahr 2010 die absolute Zahl der beschäftigten BKK Mitglieder in diesem Bereich rückläufig ist (-0,9% im Vergleich zu 2009). Danach folgen, gemessen am Anteil an allen beschäftigten BKK Mitgliedern, der Handel mit 13,1% und die Dienstleistungen mit 11,9%. Mit einem Plus von 0,6 Prozentpunkten gegenüber 2009 ist der Anteil der Dienstleistungsbranche dabei am kräftigsten gewachsen. Die viertstärkste Wirtschaftsgruppe bildet erneut mit 10,0% das Gesundheits- und Sozialwesen.

Das höchste Verhältnis von beschäftigten BKK Mitgliedern zu allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten findet sich traditionell bei der Telekommunikation (2010: 45,4%) und bei den Postdiensten (2010: 40,9%). Ebenfalls hohe BKK Anteile sind in der Metallverarbeitung mit 33,9% (im Zweig Kfz-Bau sogar 51,6%), in der Chemiebranche mit 30,2% (in der Kokerei und Mineralölverarbeitung als Zweig der Chemiebranche 47,5%) sowie in der Energie- und Wasserwirtschaft mit 29,9% zu verzeichnen. Eine Übersicht über die Mitgliederstruktur der Betriebskrankenkassen nach allen Wirtschaftszweigen und ihren jeweiligen Anteilen

an den Beschäftigten in Deutschland ist der *Tabelle 4a im Anhang* zu entnehmen.

Der Frauenanteil der beschäftigten BKK Mitglieder erreichte 2010 43,8%, von den beschäftigten Pflichtmitgliedern waren 47,0% Frauen. Dies entspricht in etwa dem Anteil bei allen in der Bundesrepublik sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Höhe von 46,0%. Damit ist sowohl der Frauenanteil der beschäftigten BKK Mitglieder als auch der Frauenanteil aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten um 0,2 Prozentpunkte angestiegen. Innerhalb der einzelnen Branchen ist die Geschlechterverteilung traditionell sehr heterogen: Während im Gesundheitswesen der Frauenanteil bei 84,7% lag, betrug der Anteil im Kfz-Bau nur 14,8%. In diversen Dienstleistungsbereichen wie dem Handel, den Postdiensten, dem Gastgewerbe sowie dem Kredit- und Versicherungsgewerbe machten die Frauen mehr als die Hälfte aus. Ausnahmen bildeten die Telekommunikation und die Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung.

Altersentwicklung

Das Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder lag 2010 bei 40,9 Jahren (+1,5 Jahre im Vergleich zu 2009), wobei die Frauen mit 40,2 Jahren (+1,8 Jahre) im Mittel jünger waren als die Männer (41,5 Jahre, +1,3 Jahre). Das Durchschnittsalter in den Branchen ist der *Tabelle 3.1* zu entnehmen.

Altersbezogen war der Entwicklungstrend in den Branchen 2010 einheitlich. Alle Branchen verzeichneten im Vergleich zu 2009 entsprechend dem Gesamtergebnis einen Anstieg des Durchschnittsalters. Die „jüngste“ Branche ist das Gastgewerbe mit 36,1 Jahren, das jedoch mit einem Plus von 1,8 Jahren im Jahr 2010 auch einen der stärksten Anstiege gegenüber 2009 zu verzeichnen hatte. Mit einigem Abstand folgen Gesundheitswesen (Durchschnittsalter 38,7 Jahre, im Vergleich zu 2009: +1,6 Jahre), in dem die Männer mit 41,0 Jahren knapp drei Jahre älter als die Frauen waren, sowie die Land- und Forstwirtschaft mit einem Durchschnittsalter von ebenfalls 38,7 Jahren. Nur knapp darüber lagen das Baugewerbe mit einem Durchschnittsalter von 38,8 Jahren und die Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung mit 39,0 Jahren. Der Bereich Erziehung und Unterricht weist mit 39,4 Jahren immer noch ein relativ niedriges Durchschnittsalter auf, ist jedoch im Schnitt um 2,1 Jahre älter besetzt als noch 2009 und damit die Branche mit dem stärksten Altersanstieg seit dem Vorjahr.

Deutliche Anstiege des mittleren Belegschaftsalters fanden sich außerdem bei den Verlagen und Medien (+1,9 Jahre) sowie bei Kultur, Sport und Unterhaltung (+1,8 Jahre).

Am wenigsten erhöhte sich das Durchschnittsalter der Beschäftigten in den Wirtschaftsgruppen Energie- und Wasserversorgung (+0,5 Jahre) und Metallverarbeitung (+0,5 Jahre; hier insbesondere in der Kfz-Bau-Branche mit nur +0,2 Jahren). Der Altersschnitt stieg in der Chemie, der Telekommunikation sowie im Bereich Glas, Keramik, Steine/Erden mit einem Plus von jeweils 0,6 Jahren ebenfalls nur gering an.

In allen Wirtschaftsgruppen stieg das Durchschnittsalter der beschäftigten BKK Mitglieder von 2009 auf 2010 stärker bei den Frauen an als bei den Männern. Einzige Ausnahme bildeten die Postdienste, bei denen sich das mittlere Alter der Männern von 40,0 auf 41,7 Tage, das der Frauen dagegen nur von 44,6 auf 46,0 Jahre erhöhte.

Verteilung nach Geschlecht

Die geschlechterspezifischen Besonderheiten im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen sind in der *Tabelle 3.1* aufgezeigt. Hierbei liegen die Schwerpunkte bei Männern und Frauen nur zum Teil in denselben Branchen, während sie in einigen Bereichen aufgrund der geschlechtsspezifischen Tätigkeitsprofile und strukturellen Besonderheiten voneinander abweichen.

Die durchschnittlichen Fehlzeiten je beschäftigtes Pflichtmitglied im Jahr 2010 stiegen insgesamt um 0,4 Tage. Dabei verzeichneten die Männer mit einem Plus von 0,6 Tagen einen stärkeren Anstieg als die Frauen mit einem Plus von 0,3 Tagen. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten der Frauen lagen mit 14,5 Tagen um 0,7 Tage unter denen der männlichen Beschäftigten. Dagegen lagen bei der Betrachtung der insgesamt versicherten BKK Beschäftigten (pflichtversichert und freiwillig versichert) die Männer mit 13,7 AU-Tagen um 0,4 Tage unter den Frauen (14,1 AU-Tagen).

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage wurden für die pflichtversicherten weiblichen Beschäftigten in den Postdiensten gemeldet (24,1 Tage, +6,2 Tage gegenüber 2009). Die zweithöchsten Fehlzeiten für Frauen (22,2 Tage, +0,7 Tage) wurden im Landverkehr verzeichnet. An dritter Stelle folgte das Sozialwesen mit 18,5 Fehltagen (–0,5 Tage). Hier waren 2010 knapp vier Fünftel der beschäftigten BKK Mitglieder weiblich. Mit jeweils rund 17 AU-Tagen gleichfalls hohe Ausfälle hatten Frauen in den Öffentlichen Verwaltungen sowie bei den sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungs- und Zeitarbeitsfirmen. In einigen Industriebranchen, wie der Nahrungsindustrie, der elektrotechnischen Industrie und im Kfz-Bau, wurden immerhin noch durchschnittlich 16 Krankheitstage für Frauen gemeldet.

Bei den pflichtversichert beschäftigten Männern wurden die meisten Arbeitsunfähigkeitstage, wie im Vorjahr, mit 22,5 Tagen (+0,2 Tage gegenüber 2009) in der Abfallbeseitigung gemeldet. Hier waren die weiblichen Beschäftigten durchschnittlich „nur“ 13,0 Tage (–1,6 Tage) krank gemeldet. Ähnlich verhält es sich in der Metallerzeugung, wo die Männer mit 17,3 Tagen gut dreieinhalb Krankheitstage mehr als die dort beschäftigten Frauen aufwiesen. Zurückzuführen sind diese Unterschiede oft auf die geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Tätigkeitsfelder. Ebenfalls hohe Fehlzeiten fielen bei Männern im Landverkehr an. Hier lag der Anteil mit 20,8 Tagen jedoch unter den Fehlzeiten von Frauen in der gleichen Branche mit 22,2 Tagen. Zudem waren in den Bereichen Verkehr sowie Metallerzeugung und -bearbeitung die Fehlzeiten bei Männern mit knapp über 19 Tagen weiterhin hoch. Im Sozialwesen dagegen wiesen die Männer, die dort ein Fünftel der Beschäftigten ausmachen, mit 13,7 AU-Tagen wie schon in der Vergangenheit deutlich geringere Fehlzeiten auf als Frauen. 2010 waren es knapp fünf Tage weniger als bei den weiblichen Beschäftigten in diesem Bereich.

Die niedrigsten Fehlzeiten von pflichtversicherten Frauen wurden mit 9,0 AU-Tagen aus den freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen gemeldet. Auch bei dem Bereich Verlage und Medien mit 9,4 Tagen sowie in den Bereichen der Informationsdienstleistungen, des Baugewerbes und der Kfz-Werkstätten mit zehn bis elf Tagen wurden für Frauen niedrige Fehlzeiten verzeichnet.

Bei den Männern fielen 2010 die niedrigsten Krankheitstage im Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung an. Mit 7,1 Tagen war gegenüber 2009 ein Rückgang von 0,3 Tagen zu verzeichnen. Weiterhin niedrige Fehlzeiten fielen auf die Bereiche der Verlage und Medien, der freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen sowie auf das Kredit- und Versicherungsgewerbe mit jeweils knapp über acht Tagen.

Die Entwicklungen der Arbeitsunfähigkeiten nach Branchen und Berufen werden im Folgenden detailliert beschrieben.

Tabelle 3.1

Arbeitsunfähigkeitstage nach Branchen

	je pflichtversichert Beschäftigten			je insg. versicherten Beschäftigten			Frauenanteil BKK Mitgl. % Frauen	Durchschnittsalter der Beschäftigten BKK-Mitgl.		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt		Männer	Frauen	Gesamt
Land- und Forstwirtschaft	11,9	11,9	11,9	11,7	11,8	11,7	37,4%	38,5	39,1	38,7
Nahrung, Genuss	15,1	15,6	15,3	14,4	15,5	14,9	46,9%	40,4	39,9	40,2
Textil, Bekleidung, Leder	15,6	14,0	14,8	14,4	13,8	14,1	52,0%	43,1	42,2	42,6
Holz, Papier, Druck	16,2	13,6	15,5	15,4	13,4	14,9	25,0%	42,2	41,3	41,9
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	15,4	12,4	14,9	15,0	12,3	14,5	18,3%	39,7	40,6	39,9
Papiergewerbe	16,3	14,2	15,9	15,4	13,8	15,1	19,2%	43,0	41,6	42,7
Druck	16,4	13,6	15,5	15,5	13,4	14,8	33,4%	42,5	41,3	42,1
Chemie	16,0	13,7	15,4	14,1	12,6	13,7	26,6%	43,2	41,2	42,7
Kokerei, Mineralölverarbeitung	13,3	11,7	13,0	12,3	10,7	12,0	15,5%	43,2	39,7	42,6
Chemische Industrie	15,9	12,8	14,9	13,6	11,6	13,1	28,1%	43,8	41,1	43,1
Gummi- und Kunststoffwaren	16,8	16,3	16,7	15,7	15,9	15,7	24,9%	41,7	41,9	41,7
Glas, Keramik, Steine/Erden	17,3	12,9	16,3	16,4	12,6	15,6	21,4%	43,5	42,4	43,2
Metallerzeugung	17,3	13,7	16,7	16,3	13,2	15,8	15,8%	42,3	41,9	42,2
Metallerzeugung und -bearbeitung	19,1	13,5	18,5	17,8	12,5	17,3	10,5%	44,0	41,9	43,8
Herstellung von Metallerzeugnissen	15,8	13,8	15,4	15,0	13,5	14,7	19,9%	40,7	41,9	41,0
Metallverarbeitung	14,8	14,9	14,8	12,8	13,9	13,0	18,8%	42,4	41,0	42,1
Elektronische und Elektrotechn. Fertigung	12,3	15,9	13,6	10,0	14,7	11,4	30,0%	42,3	42,5	42,4
Maschinenbau	14,4	11,0	13,8	12,9	10,4	12,5	16,1%	41,8	40,4	41,6
KFZ-Bau	15,9	16,5	16,0	14,0	15,4	14,2	14,8%	42,8	39,7	42,3
Sonstiger Fahrzeugbau	14,9	11,0	14,3	12,8	10,0	12,4	14,1%	41,9	39,5	41,6
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	12,8	13,1	12,9	12,0	12,9	12,4	40,9%	40,4	40,2	40,3
Energie- und Wasserwirtschaft	14,3	13,0	13,9	12,5	12,5	12,5	24,4%	43,5	40,6	42,8
Abfallbeseitigung und Recycling	22,5	13,0	20,8	21,9	12,9	20,3	17,8%	43,9	41,2	43,5
Baugewerbe	15,9	10,4	15,1	15,6	10,3	14,8	14,7%	38,5	40,6	38,8
Handel	12,3	13,2	12,8	11,6	13,0	12,3	52,8%	39,0	39,6	39,3
KFZ-Werkstätten	13,2	10,7	12,6	12,7	10,6	12,3	21,7%	37,2	37,7	37,3
Großhandel	12,0	11,0	11,6	10,9	10,8	10,9	39,2%	41,0	40,0	40,6
Einzelhandel	11,9	14,1	13,5	11,6	14,1	13,4	71,6%	37,5	39,6	39,0
Verkehr	19,3	17,7	18,9	18,9	17,4	18,5	23,3%	43,5	40,6	42,8
Landverkehr	20,8	22,2	21,0	20,6	22,0	20,8	16,9%	44,6	42,1	44,2
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	17,9	15,5	17,2	17,2	15,2	16,7	28,6%	42,4	39,9	41,7
Postdienste	17,8	24,1	21,5	17,6	24,0	21,3	57,5%	41,7	46,0	44,1
Gastgewerbe	9,5	13,7	12,0	9,4	13,7	11,9	59,4%	35,1	36,7	36,1
Verlage und Medien	8,2	9,4	8,9	7,4	9,1	8,4	56,5%	40,8	40,0	40,3
Telekommunikation	15,0	16,3	15,3	13,5	15,6	13,9	21,8%	44,2	40,0	43,3
Informationsdienstl., Datenverarbeitung	7,1	10,1	8,3	6,3	9,6	7,4	33,4%	39,1	38,8	39,0
Kredit- und Versicherungsgewerbe	8,4	11,4	10,4	7,5	10,9	9,6	60,5%	40,8	39,5	40,0
Dienstleistungen	12,5	12,1	12,3	11,5	11,9	11,7	50,1%	39,8	39,2	39,5
Grundstücks- und Wohnungswesen	12,0	11,5	11,7	11,1	11,3	11,2	52,9%	44,2	41,5	42,8
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl. ¹⁾	8,2	9,0	8,7	7,3	8,8	8,1	55,8%	40,3	38,5	39,3
Vermittl. u. Überlassung v. Arbeitskräften	14,6	15,3	14,8	14,6	15,2	14,8	32,9%	36,6	37,1	36,8
sonstige wirtschaftliche Dienstl.	16,1	17,0	16,5	15,6	16,8	16,2	50,3%	41,1	41,2	41,1
Öffentl. Verwaltung, Sozialversicherung	17,2	17,0	17,1	17,0	17,0	17,0	61,8%	44,7	43,2	43,8
Erziehung und Unterricht	9,7	12,8	11,9	9,6	12,8	11,8	69,2%	37,2	40,3	39,4
Gesundheits- u. Sozialwesen	13,2	14,3	14,1	12,9	14,3	14,0	82,4%	40,9	39,4	39,7
Gesundheitswesen	12,8	12,0	12,1	12,4	11,9	12,0	84,7%	41,0	38,3	38,7
Sozialwesen	13,7	18,5	17,5	13,4	18,5	17,4	78,6%	40,9	41,4	41,3
Kultur, Sport und Unterhaltung	13,3	13,5	13,4	13,0	13,5	13,2	54,0%	40,3	40,1	40,2
Gesamt	15,2	14,5	14,8	13,7	14,1	13,9	43,8%	41,5	40,2	40,9

¹⁾ einschließl. Vermietung von beweglichen Sachen

3.1.2 Wirtschaftsgruppenergebnisse im Überblick

Wie in den vergangenen Jahren waren auch 2010 wieder steigende Krankenstände zu beobachten. Seit 2007 hat sich die Anzahl der Arbeitsunfähigkeits-tage bei den beschäftigten BKK Pflichtmitgliedern um 2 Tage erhöht. Während die mittleren Fehlzeiten 2007 noch 12,8 Tage und 2008 13,4 Tage betrugen, lagen diese 2009 bereits bei 14,4 Tagen. Im Vergleich dazu war 2010 ein moderater Anstieg um 0,4 Tage zu beobachten. Auch der Krankenstand ist damit um 0,12 Prozentpunkte auf 4,06% im Jahr 2010 angestiegen, während er 2009 noch 3,94% betrug. Frauen verzeichneten 2010 mit im Schnitt 14,5 Tagen 0,7 Arbeitsunfähigkeitstage weniger als Männer mit 15,2 Tagen.

In den einzelnen Branchen spiegelt sich dieser Trend jedoch sehr unterschiedlich wider (vgl. *Diagramm 3.1*): Während sich beispielsweise in den Wirtschaftsgruppen Holz, Papier, Druck sowie Energie- und Wasserwirtschaft keine Änderung zum Vorjahr ergab, obwohl das Durchschnittsalter der Beschäftigten um ein halbes bis ein Jahr stieg, waren in den Branchen Postdienste und Telekommunikation jeweils sehr hohe Anstiege der Arbeitsunfähigkeitszeiten gegeben. Im Bereich der Postdienste stiegen die Fehlzeiten um gut fünf Tage im Vergleich zum Vorjahr an (von 16,4 Tagen 2009 auf 21,5 Tage 2010). Damit landeten die Post-

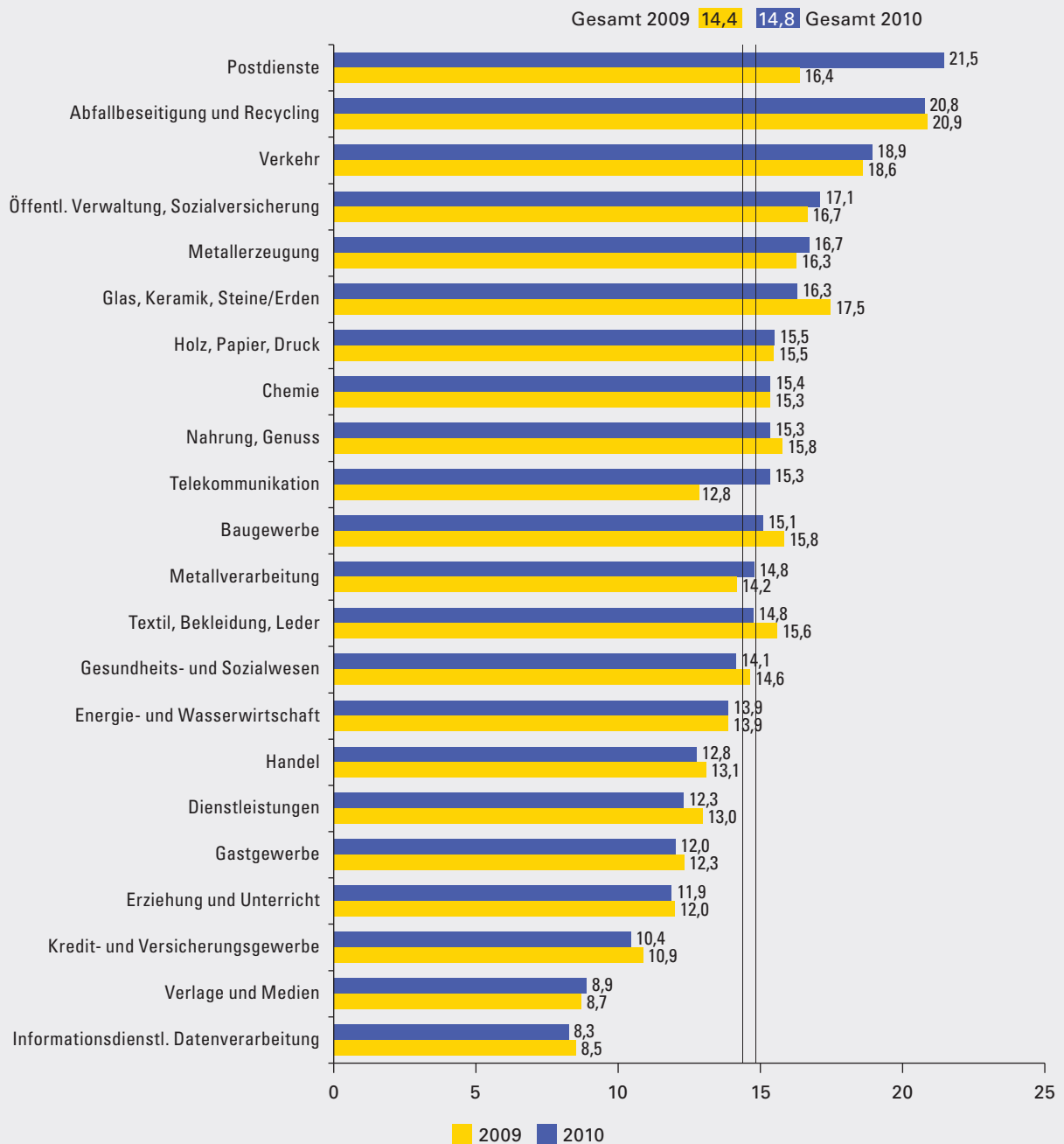
dienste an der Spitze der Fehlzeiteuskala. Der Bereich Telekommunikation verzeichnete einen Anstieg der AU-Tage um 2,5 Tage auf 15,3 Tage im Jahr 2010. Lag dieser Bereich 2009 mit 12,8 Tagen unter dem Gesamtergebnis, so lag er 2010 um 0,5 Tage darüber. Die Glas-, Keramik-, Steine-/Erden-Industrien verzeichneten 2010 dagegen den größten Rückgang der Arbeitsunfähigkeitszeiten um 1,2 Tage von 17,5 Tagen im Jahr 2009 auf 16,3 Tage. Damit lag die Wirtschaftsgruppe allerdings noch immer über dem Durchschnitt vieler anderer Gruppen. Ebenfalls rückläufige Krankheitstage verzeichneten u.a. die Bereiche Textil, Kleidung, Leder, Baugewerbe und Dienstleistungen mit einer Reduzierung um 0,8 bzw. 0,7 Tage.

Neben den Postdiensten fielen die meisten AU-Tage in der Branche der Abfallbeseitigung und Recycling an, auch wenn die Beschäftigten in dieser Branche 2010 mit 20,8 Tagen knapp unter dem Ergebnis des Vorjahres lagen (2009: 20,9 Tage). Auch der Bereich Verkehr lag 2010 mit 18,9 Tagen (+0,3 Tage im Vergleich zu 2009) weiterhin weit oben auf der Skala. Die öffentlichen Verwaltungen und die Sozialversicherung folgten, wie auch im vergangenen Jahr, an vierter Stelle. Mit einem Plus von 0,4 Arbeitsunfähigkeitstagen betrugen die Fehlzeiten 2010 17,1 Tage.

Wie in den vorangegangenen zwei Jahren fielen auch 2010 die niedrigsten Fehlzeiten auf den Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung. Hier wurden im Schnitt 8,3 AU-Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied gemeldet. Im Vergleich zu 2009 sind die Krankheitstage damit um 0,3 Tage gefallen. Dies ist bemerkenswert angesichts von Umfrageergebnissen in der IT-Branche, die bei gut 40% der abhängig Beschäftigten arbeitsbedingte Muskel- und Skelettbeschwerden und bei ebenso vielen Beschäftigten psychische Probleme zeigen (s. *Sonderbeitrag von Siebecke, S. 126 f.*). Nur ein geringer Anteil der Befragten hatte deswegen jedoch Fehlzeiten gemeldet – möglicherweise ist hier mit einer erheblichen Verzerrung der AU-Daten durch Präsentismus zu rechnen (s. auch den *Sonderbeitrag von Steinke und Badura, S. 115 ff.*). Ebenfalls wenige Krankheitstage waren bei Verlagen und Medien mit 8,9 Tagen und dem Kredit- und Versicherungsgewerbe mit 10,4 Tagen zu verzeichnen. Während das Kredit- und Versicherungsgewerbe genau wie auch der Bereich Informationsdienstleistungen und Datenverarbeitung rückläufige Ausfallzeiten verzeichnete (–0,5 Tage gegenüber 2009), legten die Krankheitstage in dem Bereich Verlage und Medien mit 0,2 Tagen leicht zu und lagen damit im Gesamttrend.

Diagramm 3.1

Arbeitsunfähigkeitstage nach Wirtschaftsgruppen



AU-Tage je beschäftigtes Pflichtmitglied

3.1.3 Arbeitsunfähigkeit nach beruflicher Tätigkeit

Im folgenden Abschnitt werden die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den einzelnen Berufsgruppen näher betrachtet, da branchenspezifische Arbeitsunfähigkeitsstrukturen häufig die Folge von tätigkeitsspezifischen Belastungen sind. Aufgezeigt werden dabei die Berufe mit den meisten und den wenigsten Arbeitsunfähigkeitstagen. Im Vergleich zu den Branchenergebnissen fallen dabei zum Teil größere Abweichungen auf. Dies kann unter anderem mit unterschiedlichen Belastungsprofilen, beispielsweise körperlicher Schwere der Tätigkeit, Stress, Zeitdruck und Fremdbestimmung der Arbeitsabläufe, zusammenhängen. Gleichfalls ist die Qualifikation ein maßgebliches Unterscheidungskriterium zwischen Berufsgruppen mit besonders hohen und besonders niedrigen AU-Raten. Höher qualifizierte Tätigkeiten sind wesentlich seltener mit körperlichen Belastungen verknüpft und bieten den Beschäftigten in der Regel ein größeres Maß an individuellen Gestaltungs- und Entscheidungsspielräumen. Eine höhere Autonomie der Beschäftigten kann ihrerseits – allerdings nicht nur bei höher qualifizierten Tätigkeiten – mit einer Reduktion der gesundheitlichen Probleme einhergehen (s. *Sonderbeitrag von Ulich, S. 148 ff.*) Die Arbeitsbedingungen sind aber nicht der einzige Einflussfaktor für den Gesundheitszustand. Individueller Lebensstil, Konsumgewohnheiten und risikobehaftete Verhaltensweisen, sowie soziale Faktoren beeinflussen den Gesundheitszustand ebenfalls.

Wie auch im Vorjahr, stellten Straßenreiniger und Abfallbeseitiger sowie Gleisbauer die Berufe mit den meisten Arbeitsunfähigkeitstagen (vgl. *Tabelle 3.2*). Bei den Straßenreinigern und Abfallbeseitigern gab es mit 26,8 Tagen ein Plus von 0,4 Tagen im Vergleich zu 2009 (2009: 26,4 Tage), im Gegensatz zu einer leichten Abnahme in der gesamten Branche. Auch bei den Gleisbauern war im Vergleich zum vergangenen Jahr 2010 ein Plus von 1,2 Tagen auf 26,4 Tage zu verzeichnen. Analog zu den Branchenergebnissen gab es auch in der Berufsgruppe der Postverteiler einen sehr großen Anstieg der Arbeitsunfähigkeit auf durchschnittlich 22,1 Tage. Damit lagen sie um 5,4 Tage über dem Ergebnis von 2009. Rückläufige Tendenzen waren

Tabelle 3.2

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Gesamt

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	9.904	1,7	26,8
Gleisbauer	463	3.620	1,5	26,4
Kultur-, Wasserbauwerker	465	3.113	1,9	26,1
Kranführer	544	3.636	1,3	25,4
Gummihersteller, -verarbeiter	143	10.391	1,5	24,9
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	35.939	1,4	24,1
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	5.037	1,6	23,9
Wäscher, Plätter	931	4.855	1,3	23,9
Fleisch-, Wurstwarenhersteller	402	3.057	1,3	23,7
Straßenwarte	716	5.463	1,9	23,6
Druckerhelfer	177	4.570	1,5	23,3
Sonstige Metallverformer (spanlose Verformung)	213	3.571	1,4	22,6
Postverteiler	732	47.889	1,2	22,1
Helfer in der Krankenpflege	854	40.545	1,2	21,7
Transportgeräteführer	742	14.391	1,3	21,0
Schweißer, Brennschneider	241	17.200	1,4	20,9
Elektrogeräte-, Elektroteilemontierer	321	20.480	1,5	20,7
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	41.120	1,5	20,6
Raum-, Hausratreiniger	933	67.538	1,2	20,6
Kraftfahrzeugführer	714	125.905	1,0	20,4
Wächter, Aufseher	792	21.028	1,1	19,0
Glasbearbeiter, Glasveredler	135	6.411	1,4	18,9
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Naturwissenschaftler, a.n.g.	883	6.583	0,4	3,7
Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen und Akademien	871	8.253	0,4	4,0
Rechtsvertreter, -berater	813	6.408	0,5	4,5
Apotheker	844	5.377	0,5	5,7
Praktikanten, Volontäre mit noch nicht feststehendem Beruf	982	10.778	0,8	5,8
Ärzte	841	12.638	0,5	6,1
Architekten, Bauingenieure	603	12.219	0,7	6,1
Publizisten	821	7.901	0,7	6,3
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	39.621	0,8	6,3
Chemiker, Chemieingenieure	611	4.508	0,8	6,7
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, a.n.g., Statistiker	881	14.658	0,7	6,7
Geisteswissenschaftler, a.n.g.	882	3.719	0,6	6,7
Sonstige Ingenieure	607	32.973	0,8	7,2
Unternehmensberater, Organisatoren	752	25.994	0,7	7,3
Bildende Künstler, Graphiker	833	7.255	0,8	7,3
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	20.204	0,9	7,6
Augenoptiker	304	6.515	1,0	7,6
Diätassistenten, Pharmazeutisch-technische Assistenten	855	11.220	0,8	7,8
Medizinische Fachangestellte	856	116.668	0,9	8,2
Gymnasiallehrer	872	5.086	0,7	8,5
Apothekenhelferinnen	685	7.006	0,9	8,6
Datenverarbeitungsfachleute	774	90.217	0,9	8,6

hingegen bei den Halbzeugputzern (–0,8 Tage), den Helfern in der Krankenpflege (–0,9 Tage) und den Elektrogerätemontierern (–1,2 Tage) zu beobachten. Bei den Berufen mit den wenigsten Arbeitsunfähigkeitstagen belegten die Naturwissenschaftler, Hochschuldozenten, Juristen und Apotheker die Spitze der Skala mit 3,7 bis 5,7 Tagen. Auch Ärzte sowie Architekten und Bauingenieure hatten 2010 mit jeweils 6,1 Tagen wenige Fehlzeiten, die sich gegenüber 2009 um 1,3 bzw. 0,8 Tage verringerten.

Bei der getrennten Betrachtung der Geschlechter wiesen Frauen im Jahr 2010 als Eisenbahnbetriebsreglerinnen und -schaffnerinnen, Kraftfahrzeugführerinnen und Wäscherinnen hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten von mindestens 25 Tagen auf (vgl. *Tabelle 3.3*). Helferinnen in der Krankenpflege, die 2009 mit 25,0 Tagen noch an der ersten Stelle der Fehlzeitenskala standen, verzeichneten 2010 mit 24,0 AU-Tagen einen Rückgang um einen Tag gegenüber 2009. Wie bei den Gesamtergebnissen von Postverteilerinnen, haben auch die Fehlzeiten von Postverteilerinnen von 18,1 Tagen im Jahr 2009 um über sechs Tage auf 24,7 Tage 2010 zugelegt. Die bei Frauen quantitativ bedeutsame Gruppe der Raum- und Haushaltsreinigerinnen verzeichnete mit 21,3 Tagen weiter hohe Fehlzeiten. Im Vergleich zum Vorjahr sind diese mit 0,4 Tagen jedoch leicht rückläufig.

Bei männlichen Beschäftigten (vgl. *Tabelle 3.4*) mit besonders hohen Arbeitsunfähigkeitsraten finden sich oft die Berufe mit hohen körperlichen Belastungen wieder. Mit den höchsten Arbeitsunfähigkeitszeiten lagen die Straßenreiner und Abfallbeseitiger weiterhin an oberster Stelle mit 27,0 Arbeitsunfähigkeitstagen (+0,4 Tage zu 2009). Auch die Gleisbauer, die Kultur- und Wasserbauwerker und die Kranführer hatten mit über 25 Tagen weiter hohe Fehlzeiten. In diesen Berufen sind jeweils fast ausschließlich Männer beschäftigt, was auf die Gesamtergebnisse für beide Geschlechter durchschlägt.

In gleichen Berufen weisen die weiblichen Beschäftigten oftmals höhere Fehlzeiten auf als ihre männlichen Kollegen. In einigen Fällen gibt es sogar

Tabelle 3.3**Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Frauen**

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Eisenbahnbetriebsreglerinnen, -schaffnerinnen	712	10.331	1,7	26,1
Kraftfahrzeugführerinnen	714	6.482	1,2	25,4
Wäscherinnen, Plätterinnen	931	3.957	1,3	25,0
Sonstige Montiererinnen	322	10.879	1,6	24,9
Postverteilerinnen	732	29.113	1,3	24,7
Kunststoffverarbeiterinnen	151	5.676	1,6	24,5
Metallarbeiterinnen, o.n.A.	323	7.651	1,6	24,4
Elektrogeräte-, Elektroteilemontiererinnen	321	12.000	1,6	24,0
Helferinnen in der Krankenpflege	854	28.302	1,3	24,0
Warenaufmacherinnen, Versandfertigmacherinnen	522	16.022	1,5	22,3
Chemiebetriebswerkerinnen	141	7.718	1,8	21,5
Raum-, Hausratreinigerinnen	933	59.496	1,2	21,3
Lager-, Transportarbeiterinnen	744	18.334	1,5	21,2
Wächterinnen, Aufseherinnen	792	7.103	1,2	20,5
Telefonistinnen	734	11.229	1,6	20,5
Köchinnen	411	31.836	1,2	19,9
Warenprüferinnen, -sortiererinnen, a.n.g.	521	8.946	1,5	19,7
Hauswirtschaftliche Betreuerinnen	923	17.214	1,2	19,5
Hilfsarbeiterinnen ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	25.943	1,5	19,5
Sozialarbeiterinnen, Sozialpflegerinnen	861	61.849	1,2	19,3
Lagerverwalterinnen, Magazinerinnen	741	8.851	1,4	17,9
Kassiererinnen	773	21.049	1,0	17,2
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Naturwissenschaftlerinnen, a.n.g.	883	3.019	0,5	4,1
Apothekerinnen	844	4.800	0,5	5,7
Ärztinnen	841	8.701	0,5	6,5
Wirtschaftsprüferinnen, Steuerberaterinnen	753	29.426	0,8	6,6
Publizistinnen	821	4.193	0,7	6,7
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlerinnen, a.n.g., Statistikerinnen	881	8.708	0,8	7,0
Unternehmensberaterinnen, Organisatorinnen	752	10.200	0,8	7,0
Diätassistentinnen, pharmazeutisch-technische Assistentinnen	855	10.959	0,8	7,8
Medizinische Fachangestellte	856	115.971	0,9	8,2
Apothekenhelferinnen	685	6.873	0,9	8,6
Fremdenverkehrsfachleute	702	9.875	0,9	9,3
Unternehmerinnen, Geschäftsführerinnen, Geschäftsbereichleiterinnen	751	12.554	0,8	9,8
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	701	8.855	1,1	10,0
Facharbeiterinnen o.n.T.	991	10.243	0,8	10,0
Technische Zeichnerinnen	635	12.249	1,2	10,0
Leitende und administrativ entscheidende Verwaltungsfachleute	762	8.439	0,9	10,1
Friseurinnen	901	21.509	1,1	10,2
Bankfachleute	691	83.489	1,1	10,6
Buchhalterinnen	772	29.021	0,9	10,6
Hoteliers, Gastwirtinnen, Hotel-, Gaststättengeschäftsführerinnen	911	11.449	1,1	10,9
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäuferinnen	681	51.285	1,0	11,0
Masseurinnen, Krankengymnastinnen und verwandte Berufe	852	23.832	1,0	11,1

sehr deutliche Unterschiede. So waren zum Beispiel Elektrogeräte- und Elektroteilemontierinnen um 7,5 Tage, Helferinnen in der Krankenpflege um 7,6 Tage und Köchinnen um 8,4 Tage länger arbeitsunfähig gemeldet als Männer in der gleichen Berufsgruppe. Zumeist sind die Abweichungen jedoch von geringerer Natur.

Die niedrigsten Fehlzeiten hatten unter den weiblichen Beschäftigten die Naturwissenschaftlerinnen mit 4,1 Tagen. Auch Apothekerinnen, Ärztinnen, Wirtschaftsprüferinnen und Steuerberaterinnen sowie Publizistinnen verzeichneten mit höchstens sieben Tagen weiterhin niedrige Arbeitsunfähigkeitszeiten, die alle unter den Vorjahresergebnissen lagen. Damit standen diese Berufe dem allgemeinen Trend von höheren Fehlzeiten entgegen. Auch die Diätassistentinnen und pharmazeutisch-technischen Assistentinnen, medizinischen Fachangestellten und Apothekenhelferinnen wiesen mit unter neun Tagen sehr niedrige Ausfallzeiten auf.

Bei den männlichen Beschäftigten bildeten mit Arbeitsunfähigkeitszeiten unter vier Tagen Hochschullehrer und Dozenten an höheren Fachschulen und Akademien sowie die Juristen und Naturwissenschaftler die Berufsgruppen mit den niedrigsten Fehltagen. Männliche Ärzte verzeichneten 2010 mit 5,2 Arbeitsunfähigkeitstagen einen Rückgang von 1,2 Tagen. Die Gruppe der Datenverarbeitungsfachleute wiesen mit 7,4 Tagen 2010 ebenfalls einen Rückgang gegenüber 2009 auf (-1,1 Tage).

Tabelle 3.4

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Männer

	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied
Berufe mit den meisten AU-Tagen				
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	935	9.546	1,7	27,0
Gleisbauer	463	3.601	1,5	26,2
Kultur-, Wasserbauwerker	465	3.065	1,9	26,1
Kranführer	544	3.538	1,3	25,6
Gummihersteller, -verarbeiter	143	9.206	1,5	24,6
Halbzeugputzer und sonstige Formgießerberufe	203	4.862	1,6	23,9
Straßenwarte	716	5.371	1,9	23,7
Druckerhelfer	177	3.539	1,5	23,5
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	25.608	1,3	23,3
Maschinen-, Behälterreiniger und verwandte Berufe	937	4.232	1,3	22,9
Eisen-, Metallerzeuger, Schmelzer	191	7.392	1,4	21,6
Transportgeräteführer	742	13.379	1,3	21,0
Schweißer, Brennschneider	241	16.875	1,4	20,7
Kraftfahrzeugführer	714	119.422	1,0	20,2
Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	275	14.014	1,4	20,0
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	25.098	1,4	19,6
Lager-, Transportarbeiter	744	74.077	1,3	18,5
Dachdecker	452	6.759	1,2	18,5
Wächter, Aufseher	792	13.926	1,0	18,3
Maurer	441	17.548	1,1	18,2
Straßenbauer	462	5.248	1,3	18,0
Rohrnetzbauer, Rohrschlosser	263	8.449	1,3	17,2
Berufe mit den wenigsten AU-Tagen				
Hochschullehrer, Dozenten an höheren Fachschulen und Akademien	871	4.227	0,3	2,7
Rechtsvertreter, -berater	813	3.028	0,4	3,3
Naturwissenschaftler, a.n.g.	883	3.564	0,4	3,3
Praktikanten, Volontäre mit noch nicht feststehendem Beruf	982	5.518	0,7	4,8
Ärzte	841	3.937	0,4	5,2
Wirtschaftsprüfer, Steuerberater	753	10.195	0,7	5,3
Publizisten	821	3.708	0,6	5,7
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, a.n.g., Statistiker	881	5.949	0,7	6,3
Sonstige Ingenieure	607	27.698	0,7	7,0
Datenverarbeitungsfachleute	774	67.531	0,8	7,4
Unternehmensberater, Organisatoren	752	15.794	0,7	7,5
Leitende und administrativ entscheidende Verwaltungsfachleute	762	7.949	0,7	7,5
Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaues	601	18.197	0,9	7,6
Buchhalter	772	8.102	0,8	8,6
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	47.546	0,8	8,7
Technische Zeichner	635	10.003	1,0	8,9
Unternehmer, Geschäftsführer, Geschäftsbereichleiter	751	29.709	0,6	8,9
Bankfachleute	691	42.844	1,0	9,0
Werbefachleute	703	8.698	0,9	9,2
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	701	13.661	0,9	9,5
Facharbeiter o.n.T.	991	17.536	0,7	9,9
Bürofachkräfte	781	213.543	0,9	10,2

3.1.4 Arbeitsunfähigkeit wichtiger Berufsgruppen innerhalb ausgewählter Wirtschaftszweige

Um einen genaueren Einblick in die Krankheitsausfälle innerhalb der einzelnen Branchen zu erhalten, werden im Folgenden die krankheitsbedingten

Ausfälle nach Berufsgruppen bei ausgewählten Wirtschaftszweigen dargestellt. Bei diesen Ergebnissen ist zu beachten, dass hier neben den Pflichtmitgliedern

auch die freiwillig Versicherten einbezogen wurden.

Metallverarbeitung

873 Tsd. BKK Mitglieder arbeiteten 2010 in der Branche der *metallverarbeitenden Industrie*: davon 164 Tsd. Frauen und 709 Tsd. Männer. Damit stellt die metallverarbeitende Industrie mit 15,6% die größte Mitgliedsgruppe der beschäftigten BKK Versicherten dar.

In dieser Branche entfielen auf ein beschäftigtes BKK Mitglied 2010 im Durchschnitt 13,0 Krankheitstage. Gegenüber den Jahren 2009 und 2008 war somit ein Anstieg von 0,3 Tagen zu verzeichnen. Für in dieser Branche beschäftigte Frauen wurden 2010 durchschnittlich 13,9 Krankheitstage ermittelt (2009: 13,8 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied), für Männer durchschnittlich 12,8 Tage (2009: 12,4 AU-Tage).

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage entfielen auf die Gruppen der Montierer mit 21,0 und 20,8 Krankheitstagen sowie auf Warenaufmacher und Versandfertigtmacher mit 22,3 Krankheitstagen (vgl. *Diagramm 3.2*). Weiterhin hohe Ausfälle verzeichneten auch die Lager- und Transportarbeiter sowie Schweißer und Brennschneider mit 20,2 bzw. 19,8 AU-Tagen.

Den niedrigsten Krankenstand in dieser Branche wiesen Ingenieure des Maschinen- und Fahrzeugbaus mit 7,8 Arbeitsunfähigkeitstagen sowie Datenverarbeitungsfachleute und Bürofachkräfte mit 8,2 bzw. 9,0 AU-Tagen auf. Frauen hatten insgesamt betrachtet geringfügig längere Fehlzeiten als Männer, jedoch fiel dies innerhalb der einzelnen Berufsgruppen unterschiedlich aus: Datenverarbeiterinnen und Ingenieurinnen fehlten jeweils rund einen halben Tag weniger als Männer, während Hilfsarbeiterinnen 5 Tage längere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufwiesen als Hilfsarbeiter. Elektroinstal-

lateurinnen und -monteurinnen verzeichneten ebenso durchschnittlich 11 Tage männlichen Kollegen, wobei anzumerken ist, dass der Frauenanteil erheblich längere Arbeitsunfähigkeitszeiten als ihre geringer ist.

Diagramm 3.2

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Metallverarbeitung



AU-Tage je beschäftigtes Mitglied – Bundesgebiet 2010

Metallerzeugung

2010 waren 212 Tsd. BKK Mitglieder in der *Metallerzeugung* tätig (vgl. *Tabelle 3.5*), davon nur knapp 16% Frauen. Die Krankenstände der Metallerzeugung lagen 2010, wie auch in den Vorjahren, über den Krankenständen der Metallverarbeitung. Auch in der Branche der Metallerzeugung ist ein Fehlzeitenanstieg gegenüber dem Vorjahr von 15,5 Tagen 2009 auf 15,8 Tage 2010 (+0,3 Tage) zu verzeichnen.

Die meisten AU-Tage meldeten, wie auch 2009, die Halbzeugputzer, wobei diese im Vergleich zum Vorjahr (2009: 25,0 Tage) mit 24,1 AU-Tagen 2010 knapp einen Fehltag weniger hatten. Hohe Krankenstände verzeichneten außerdem die sonstigen Metallverformer, Warenaufmacher, Versandfertigmacher, Schweißer, Brennschneider, Eisen- und Metallerzeuger, Schmelzer und die Walzer mit jeweils 22 und mehr Arbeitsunfähigkeitstagen.

Die geringsten Fehlzeiten fielen 2010 auf die Bürofachkräfte mit 8,4 Arbeitsunfähigkeitstagen. Im Vergleich mit 2009 ist der Krankenstand dieser Berufsgruppe um gut einen Tag gesunken (2009: 9,5 Tage). Auch die sonstigen Techniker und sonstigen Mechaniker verzeichneten im Vergleich mit der Gesamtbranche geringe Fehlzeiten mit 11,2 und 13,1 Krankheitstagen.

Auf Frauen entfielen in dieser Branche 2010 nur durchschnittlich 13,2 Arbeitsunfähigkeitstage, während Männer durchschnittlich 16,3 Tage fehlten. Damit waren Frauen rund drei Tage weniger arbeitsunfähig gemeldet als Männer. 2009 betrug diese Differenz rund zwei Tage.

Tabelle 3.5

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Metallerzeugung

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Halbzeugputzer und sonst. Formgießerberufe	203	3.480	1,6	24,1	15,2
Sonst. Metallverformer (spanlose Verformung)	213	2.158	1,4	23,5	17,1
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	3.506	1,4	22,3	16,3
Schweißer, Brennschneider	241	3.649	1,4	22,3	15,4
Eisen-, Metallerzeuger, Schmelzer	191	6.195	1,4	22,1	16,4
Walzer	192	7.172	1,3	22,0	17,1
Stahlbauschlosser, Eisenschiffbauer	275	2.710	1,4	20,7	14,9
Metallarbeiter, o.n.A.	323	14.018	1,4	19,9	14,3
Warenprüfer, -sortierer, a.n.g.	521	4.515	1,3	19,7	15,7
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	7.694	1,4	18,2	13,5
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	4.630	1,3	17,7	13,7
Industriemechaniker/innen o.n.F.	270	7.322	1,3	16,8	12,6
Dreher	221	6.901	1,3	15,8	12,1
Maschinenschlosser	273	5.259	1,3	15,8	12,4
Elektroinstallateure, -monteure	311	5.796	1,2	14,4	11,6
Fräser	222	3.036	1,2	14,1	11,8
Werkzeugmacher	291	6.375	1,2	13,5	11,1
Sonstige Mechaniker	285	2.815	1,3	13,1	9,9
Sonstige Techniker	628	4.152	0,9	11,2	12,0
Bürofachkräfte	781	20.874	0,9	8,4	9,5
Branche gesamt		212.175	1,2	15,8	13,5
davon: Frauen		33.436	1,1	13,2	12,2
Männer		178.738	1,2	16,3	13,7

Tabelle 3.6

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Chemie

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Gummihersteller, -verarbeiter	143	8.721	1,5	25,1	16,7
Industriemeister, Werkmeister	629	3.617	1,7	21,4	12,5
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	2.884	1,5	21,4	13,9
Kraftfahrzeugführer	714	1.017	1,3	20,2	16,1
Lager-, Transportarbeiter	744	2.955	1,4	20,0	14,2
Chemielaborwerker	142	3.882	1,5	19,8	13,0
Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeitsangabe	531	4.668	1,4	19,5	14,2
Warenprüfer, -sortierer, a.n.g.	521	1.611	1,3	19,3	15,2
Lagerverwalter, Magaziner	741	2.212	1,4	19,3	13,9
Chemiebetriebswerker	141	48.431	1,5	19,1	12,5
Kunststoffverarbeiter	151	14.822	1,4	19,0	13,7
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	5.797	1,4	17,3	12,7
Maschinenschlosser	273	1.993	1,5	16,9	11,4
Sonstige Mechaniker	285	2.807	1,4	14,6	10,4
Sonstige Techniker	628	4.216	1,2	14,0	11,5
Elektroinstallateure, -monteure	311	3.784	1,2	13,0	10,7
Chemielaboranten	633	10.757	1,3	11,6	8,9
Bürofachkräfte	781	27.897	1,0	9,3	9,5
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	3.029	0,9	8,8	9,3
Chemiker, Chemieingenieure	611	1.750	0,8	6,5	8,3
Branche gesamt		242.410	1,1	13,7	12,0
davon: Frauen		64.393	1,2	12,6	11,0
Männer		178.016	1,1	14,1	12,4

Chemische Industrie

In der *chemischen Industrie* (vgl. *Tabelle 3.6*) sanken die mittleren Fehlzeiten für die rund 240 Tsd. dort beschäftigten BKK Mitglieder leicht von 13,8 AU-Tagen im Jahr 2009 auf 13,7 AU-Tagen im Jahr 2010. Die Männer (73,4% der Beschäftigten) waren dabei im Schnitt 14,1 Tage arbeitsunfähig gemeldet, Frauen (26,6% der Beschäftigten) im Schnitt 12,6 Tage.

Gummihersteller und -verarbeiter verzeichneten mit 25,1 Arbeitsunfähigkeitstagen 2010 den höchsten Krankenstand. Im Schnitt waren sie damit 5,6 Tage länger arbeitsunfähig als noch 2009 (19,5 Tage). Die Industriemeister und Werkmeister gehörten mit 21,4 Tagen ebenfalls zu den Berufen mit den höchsten Krankenständen der Branche. Im Vergleich zum Vorjahr gingen ihre Fehlzeiten jedoch um 2,6 Tage zurück. Weiter hohe Krankenstände waren bei den Warenaufmachern und Versandfertigmachern, den Kraftfahrzeugführern und den Lager- und Transportarbeitern mit jeweils mindestens 20 AU-Tagen festzustellen.

Die geringsten Fehlzeiten hatten, wie auch schon im Vorjahr, die Chemiker und Chemieingenieure mit nur 6,5 AU-Tagen (2009: 9,6 Tage). Außerdem standen die Groß- und Einzelhandelskaufleute und Einkäufer sowie die Bürofachkräfte mit unter zehn Arbeitsunfähigkeitstagen am unteren Ende der Fehlzeitenskala.

Innerhalb der einzelnen Berufsgruppen gab es Unterschiede bei Männern und Frauen. So waren die Datenverarbeiterinnen im Schnitt 1,1 weniger Tage arbeitsunfähig gemeldet als ihre männlichen Kollegen, während die Gummiherstellerinnen und -verarbeiterinnen durchschnittlich 3,5 Tage längere Arbeitsunfähigkeitszeiten aufwiesen.

Tabelle 3.7

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Baugewerbe

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Kraftfahrzeugführer	714	2.406	0,9	21,3	23,3
Betonbauer	442	3.147	1,2	20,8	18,0
Sonstige Tiefbauer	466	4.070	1,0	19,3	19,1
Stuckateure, Gipsler, Verputzer	481	1.827	1,3	18,5	14,7
Dachdecker	452	6.529	1,2	18,4	15,8
Isolierer, Abdichter	482	3.738	1,1	18,2	16,6
Maurer	441	14.269	1,0	17,8	17,3
Fliesenleger	483	2.508	1,1	17,1	15,3
Baumaschinenführer	546	1.976	1,0	17,0	17,4
Zimmerer	451	5.631	1,1	16,7	14,9
Sonstige Bauhilfsarbeiter, Bauhelfer, a.n.g.	472	7.585	0,9	16,2	17,6
Maler, Lackierer (Ausbau)	511	11.630	1,3	16,0	12,9
Rohrinstallateure	262	20.647	1,3	15,5	11,8
Straßenbauer	462	3.257	1,2	15,3	13,2
Elektroinstallateure, -monteure	311	21.426	1,2	13,9	11,6
Tischler	501	7.095	1,2	13,5	11,3
Sonstige Techniker	628	1.994	0,8	10,4	12,6
Bürofachkräfte	781	24.802	0,8	9,4	11,4
Technische Zeichner	635	1.504	0,9	6,8	7,6
Architekten, Bauingenieure	603	1.924	0,6	5,9	10,5
Branche gesamt		210.258	1,1	14,8	13,9
davon: Frauen		30.930	0,9	10,3	11,8
Männer		179.328	1,1	15,6	14,2

Baugewerbe

Bei den 210 Tsd. Mitgliedern im *Baugewerbe* (vgl. *Tabelle 3.7*) ist im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der Arbeitsunfähigkeit um 0,8 Tage von 15,6 Tagen im Jahr 2009 auf 14,8 Tage 2010 zu beobachten. In den vergangenen zwei Jahren war der Krankenstand stets gestiegen. Bei den 31 Tsd. beschäftigten Frauen sind die Fehlzeiten von 10,5 Tagen in 2009 auf 10,3 Tage in 2010 gesunken. Bei den rund 180 Tsd. Männern sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten um 0,8 Tage

von 16,4 (2009) auf 15,6 AU-Tagen (2010) gefallen.

Die längsten Arbeitsunfähigkeitszeiten verzeichneten die Kraftfahrzeugführer (21,3 Tage) und Betonbauer (20,8 Tage). Bei den Stuckateuren ist die mittlere Fehlzeit im Vergleich zum Vorjahr von 21,8 Tagen um 3,3 Tage auf 18,5 Tage gesunken. Die wenigsten krankheitsbedingten Ausfälle hatten, wie im Vorjahr, Architekten, Bauingenieure und technische Zeichner mit sechs bzw. sieben AU-Tagen.

Handel

Im *Handel* (vgl. *Tabelle 3.8*) waren 2010 731 Tsd. BKK Mitglieder beschäftigt, davon 52,8% Frauen (386 Tsd.). Damit bildet diese Branche, gemessen an BKK Mitgliedern, den zweitgrößten Bereich. Wie auch im Baugewerbe und in der chemischen Industrie ist im Handel ein leichter Rückgang der Arbeitsunfähigkeitszeiten zu verzeichnen. Die Zahl der durchschnittlichen AU-Tage sank im Vergleich zum Vorjahr um 0,4 Tage und lag damit 2010 bei 12,3 Tagen (2009: 12,7 Tage). Damit befindet sie sich aber immer noch über dem Niveau von 2008 (11,7 Tage).

Männer waren im Schnitt 11,6 Tage krankgeschrieben (2009: 11,9 Tage) und damit 1,4 Tage weniger als Frauen mit 13,0 Arbeitsunfähigkeitstagen (2009: 13,4 Tage). Die längsten Fehlzeiten fielen bei Kraftfahrzeugführern mit 19,2 Tagen an, was auch den durchschnittlichen Fehlzeiten der Männer in diesem Beruf entspricht, da sie 98,0% der Beschäftigten dieser Gruppe stellen. Die Minderheit der Kraftfahrzeugführerinnen war im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen mit 19,8 Tagen rund einen halben Tag länger krankgeschrieben. Mit mindestens 18 Tagen verzeichneten auch die Warenaufmacher, Versandfertigmacher und sonstigen Techniker hohe Fehlzeiten.

Die geringsten Fehlzeiten wiesen die Apotheker mit 5,5 Tagen auf. Dabei gab es mit 0,1 Tagen Differenz kaum Unter-

Tabelle 3.8

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Handel

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Kraftfahrzeugführer	714	15.499	1,0	19,2	18,6
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	9.689	1,3	18,2	13,7
Sonstige Techniker	628	7.243	1,4	18,0	12,9
Lager-, Transportarbeiter	744	23.772	1,3	17,7	13,7
Kassierer	773	20.212	1,0	16,8	16,8
Lagerverwalter, Magaziner	741	19.959	1,2	15,8	13,5
Kraftfahrzeuginstandsetzer	281	34.968	1,4	15,0	10,5
Verkäufer	682	197.362	1,0	14,4	15,2
Elektroinstallateure, -monteure	311	5.558	1,3	14,0	10,7
Handelsvertreter, Reisende	687	14.353	1,0	12,1	12,2
Floristen	53	3.365	0,8	10,3	12,3
Groß- und Einzelhandelskaufleute, Einkäufer	681	64.824	0,9	10,1	10,8
Unternehmer, Geschäftsführer, Geschäftsbereichleiter	751	9.234	0,6	10,1	16,1
Bürofachkräfte	781	116.313	0,9	9,3	10,0
Buchhalter	772	6.194	0,8	9,1	11,3
Apothekenhelferinnen	685	6.453	0,9	8,1	9,4
Augenoptiker	304	5.550	1,0	7,7	7,9
Datenverarbeitungsfachleute	774	7.094	0,8	7,5	9,0
Diätassistenten, Pharm.-techn. Assistenten	855	9.244	0,7	7,0	9,4
Apotheker	844	4.714	0,4	5,5	12,6
Branche gesamt		730.981	1,0	12,3	12,7
davon: Frauen		386.186	1,0	13,0	13,1
Männer		344.794	1,0	11,6	12,2

schiede zwischen den Geschlechtern (Frauen 5,5 Tage, Männer 5,6 Tage). Auch die Gruppen der Diätassistenten, pharmazeutisch-technischen Assistenten, Datenverarbeitungsfachleute und Augenoptiker verzeichneten mit jeweils unter acht Tagen nur geringe Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Verkehr

Rund 276 Tsd. BKK Mitglieder waren 2010 im Bereich *Verkehr* beschäftigt (vgl. *Tabelle 3.9*), davon 76,7% Männer. Mit 18,5 Tagen wies die Branche weiterhin sehr hohe Fehlzeiten auf. Männer waren mit 18,9 Tagen 1,5 Tage länger krankgeschrieben als Frauen mit 17,4 Tagen.

Die höchsten Fehlzeiten wurden bei den Maschinenschlossern mit 28,4 Tagen beobachtet, die 2010 im Vergleich zu 2009 ein Plus von 3,7 Tagen aufwiesen. Weiterhin hohe Fehlzeiten waren bei den Gleisbauern, Betriebsschlossern und Reparaturschlossern mit jeweils über 26 Arbeitsunfähigkeitstagen zu erkennen. Die Eisenbahnbetriebsregler und -schaffner und die Geldeinnehmer, -auszahler, Kartenverkäufer und -kontrolleure lagen mit jeweils 24,0 Tagen ebenfalls weit über dem Branchendurchschnitt.

Die kürzesten Fehlzeiten in dieser Branche verzeichneten, wie auch im Vorjahr, die Verkehrsfachleute (Güterverkehr) mit 9,0 Tagen. Frauen lagen hier mit 9,4 Tagen um 0,7 Tage höher als Männer mit 8,7 Tagen. Auch die Gruppen der Bürofachkräfte, Luftverkehrsberufe und Fremdenverkehrsfachleute waren mit 12,4 bis 13,6 Arbeitsunfähigkeitstagen weit unter dem Branchenmittel.

Tabelle 3.9

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Verkehr

Berufsbezeichnung	Schlüssel	Mitglieder	AU-Fälle je Mitglied	AU-Tage je Mitglied	Tage je Fall
Maschinenschlosser	273	3.958	1,8	28,4	15,6
Gleisbauer	463	1.940	1,7	27,5	16,6
Betriebsschlosser, Reparaturschlosser	274	3.493	1,7	26,7	15,8
Eisenbahnbetriebsregler, -schaffner	712	30.466	1,4	24,0	17,3
Geldeinnehmer, -auszahler, Kartenverkäufer, -kontrolleure	706	1.032	1,7	24,0	14,4
Transportgeräteführer	742	1.883	1,5	22,0	14,7
Warenaufmacher, Versandfertigmacher	522	3.340	1,6	21,8	13,9
Sonstige Fahrbetriebsregler, Schaffner	713	1.481	1,2	21,1	17,1
Schienenfahrzeugführer	711	17.316	1,3	21,0	15,7
Lager-, Transportarbeiter	744	21.515	1,5	20,7	14,1
Kraftfahrzeugführer	714	70.793	1,0	20,7	21,5
Lagerverwalter, Magaziner	741	5.744	1,3	20,1	15,0
Elektroinstallateure, -monteure	311	6.584	1,5	19,1	12,8
Kraftfahrzeuginstandsetzer	281	2.406	1,3	17,4	13,3
Restaurantfachleute, Steward/Stewardessen	912	5.792	1,4	17,1	12,4
Sonstige Techniker	628	2.123	1,2	15,9	13,0
Fremdenverkehrsfachleute	702	1.914	1,2	13,6	11,7
Luftverkehrsberufe	726	2.284	1,2	13,2	10,7
Bürofachkräfte	781	31.508	1,0	12,4	12,2
Verkehrsfachleute (Güterverkehr)	701	17.137	0,9	9,0	10,1
Branche gesamt		275.584	1,2	18,5	15,8
davon: Frauen		64.346	1,3	17,4	13,7
Männer		211.238	1,1	18,9	16,5

Post und Telekommunikation

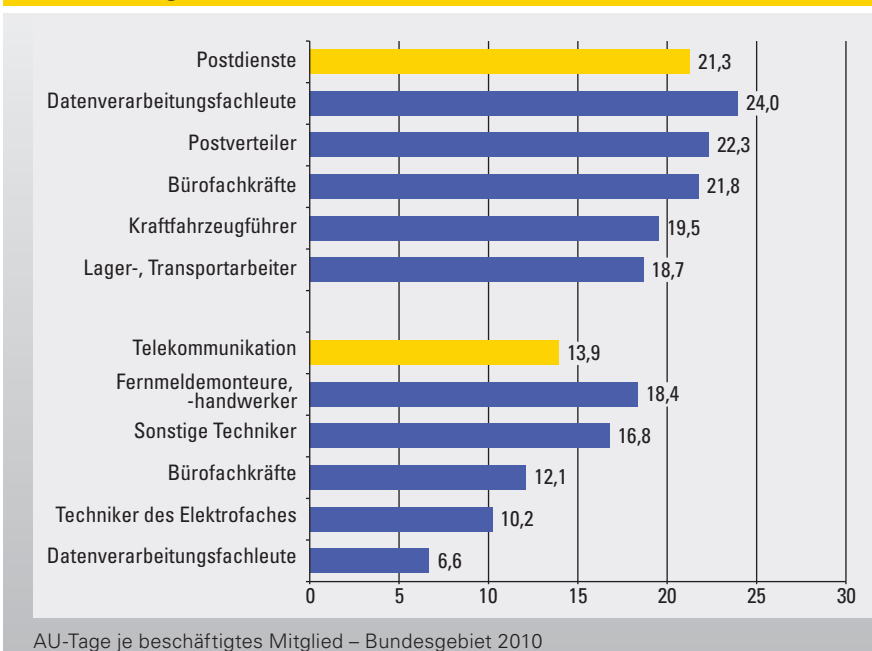
Im Bereich der *Postdienste und Telekommunikation* (vgl. *Diagramm 3.3*) arbeiteten 2010 insgesamt knapp 119 Tsd. BKK Mitglieder. Die Postdienste stellen mit knapp 85 Tsd. Mitgliedern dabei den deutlich größeren Bereich dar. In der Telekommunikation sind 78,2% der Beschäftigten männlich; im Bereich der Postdienste überwiegen die Frauen mit 57,5% der Beschäftigten.

Die *Postdienste* verzeichneten 2010 mit 21,3 Arbeitsunfähigkeitstagen je BKK Mitglied einen sehr hohen Krankenstand, der im Vergleich zum Vorjahr um 5,0 Tage gestiegen ist. Frauen hatten in dieser Branche durchschnittlich 24,0 Fehltage und Männer 17,6 Fehltage. An der Spitze liegen, wie auch im Vorjahr, die Datenverarbeitungsfachleute mit 24,0 AU-Tagen – einer Zunahme von 6,5 Tagen. An zweiter Stelle stehen die Postverteiler mit 22,3 Tagen (2009: 16,6 Tage), die mit knapp 46 Tsd. Beschäftigten die mit Abstand größte Gruppe der Postdienste ausmachen. Postverteilerinnen waren mit 24,9 Tagen um 6,7 Tage länger arbeitsunfähig als ihre männlichen Kollegen mit 18,2 Tagen. Relativ geringe Fehlzeiten verzeichneten die Lager- und Transportarbeiter mit 18,7 Tagen.

Im Bereich der *Telekommunikation* waren die beschäftigten BKK Mitglieder im Schnitt 13,9 Tage arbeitsunfähig. Dies entspricht einer Zunahme von 2,1 Tagen im Vergleich zum Vorjahr (2009: 11,8 Tage). Die Gruppe mit dem höchsten Krankenstand waren die Fernmeldemonteure und -handwerker mit 18,4 AU-Tagen. Im Vergleich zum Vorjahr fielen bei ihnen 3,4 AU-Tage mehr an. Mit knapp 12 Tsd. Mitgliedern sind sie auch die größte Gruppe in diesem Bereich. Die geringsten Fehlzeiten hatten die Datenverarbeitungsfachleute mit 6,6 Tagen. Im Vergleich zu 2009 waren das 1,1 AU-Tage weniger. Damit verzeichneten Datenverarbeitungsfachleute in der Telekommunikation nur rund ein Drittel der Fehltage gegenüber den Datenverarbeitungsfachleuten im Postdienst.

Diagramm 3.3

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Postdienste und Telekommunikation



AU-Tage je beschäftigtes Mitglied – Bundesgebiet 2010

Dienstleistungen

Der Bereich der *Dienstleistungen* (vgl. Diagramm 3.4) stellt mit 667 Tsd. BKK Mitgliedern 2010 nach Metallverarbeitung und Handel die, gemessen an den Mitgliederzahlen, drittgrößte Branche dar. Sie umfasst neben freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen auch die Zeitarbeitsbranche. Die Geschlechtsverteilung ist mit jeweils 50% Männern und Frauen ausgeglichen. Durchschnittlich hatten beschäftigte BKK Mitglieder in der Branche 11,7 Arbeitsunfähigkeitstage und verzeichneten damit einen Rückgang von 0,6 Tagen zum Vorjahr (2009: 12,3 Tage). Dabei fehlten Männer mit 11,5 Tagen geringfügig weniger als Frauen mit 11,7 Tagen.

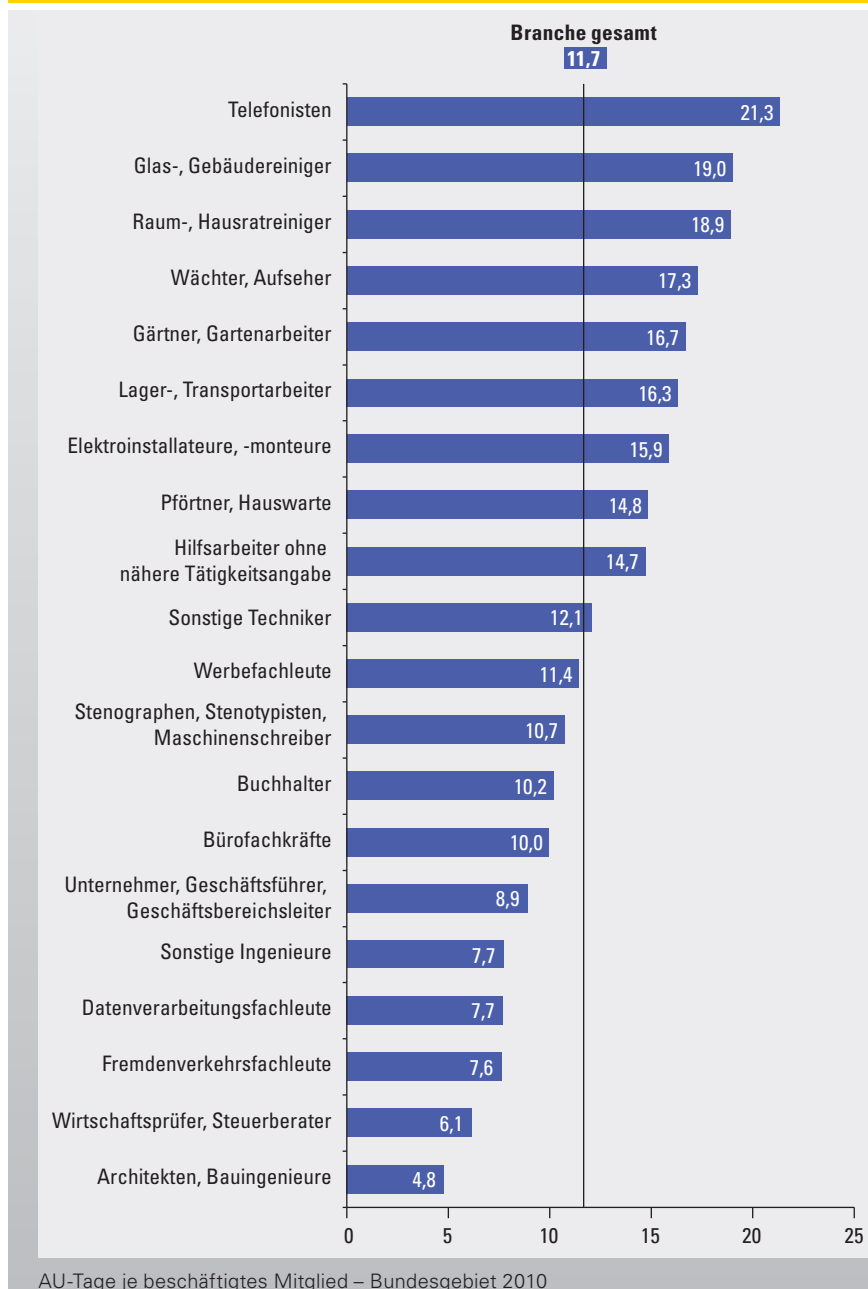
Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage fielen 2010 auf die Telefonisten mit 21,3 Tagen, was einen Anstieg von 1,4 Tagen zu 2009 bedeutet. Telefonistinnen sind mit 23,1 Tagen dabei um 5,9 Tage länger krank gewesen als Telefonisten (17,2 AU-Tage je Mitglied). Der Frauenanteil dieser Berufsgruppe liegt bei 70,2%. Mit 17 bis 19 Tagen verzeichneten auch Glas- und Gebäude-, Raum- und Hausratreiniger sowie Wächter und Aufseher hohe Fehlzeiten.

Die geringsten Fehlzeiten der Branche zeigten die Architekten und Bauingenieure mit 4,8 Tagen. Damit waren sie 2010 um 0,7 Tage weniger krankgeschrieben als 2009, wo sie mit 5,5 Tagen auch die geringsten Fehlzeiten verzeichneten. Ebenfalls am unteren Ende der Fehlzeitskala stehen Wirtschaftsprüfer und Steuerberater, Fremdenverkehrsfachleute, Datenverarbeitungsfachleute und sonstige Ingenieure mit unter acht Krankheitstagen.

Die größte Berufsgruppe innerhalb der Dienstleistungsbranche sind weiterhin Bürofachkräfte mit knapp 150 Tsd. beschäftigten BKK Mitgliedern, davon knapp 116 Tsd. Frauen. Mit 10,0 Tagen verzeichnete die Berufsgruppe im Vergleich zu 2009 um 0,6 Tage geringere mittlere Ausfallzeiten.

Diagramm 3.4

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Dienstleistungen



Öffentliche Verwaltung

Knapp 258 Tsd. BKK Mitglieder waren 2010 im Bereich der *öffentlichen Verwaltung* (vgl. Diagramm 3.5) beschäftigt. Mit einem Anteil von 61,8% sind Frauen in dieser Branche stärker vertreten als Männer. Die Fehlzeiten in der öffentlichen Verwaltung stiegen 2010 im Vergleich zu 2009 um 0,4 Tage auf 17,0 Arbeitsunfähigkeitstage an. Dabei verzeichneten beide Geschlechter mit jeweils 17,0 Tagen gleich viele Fehltage.

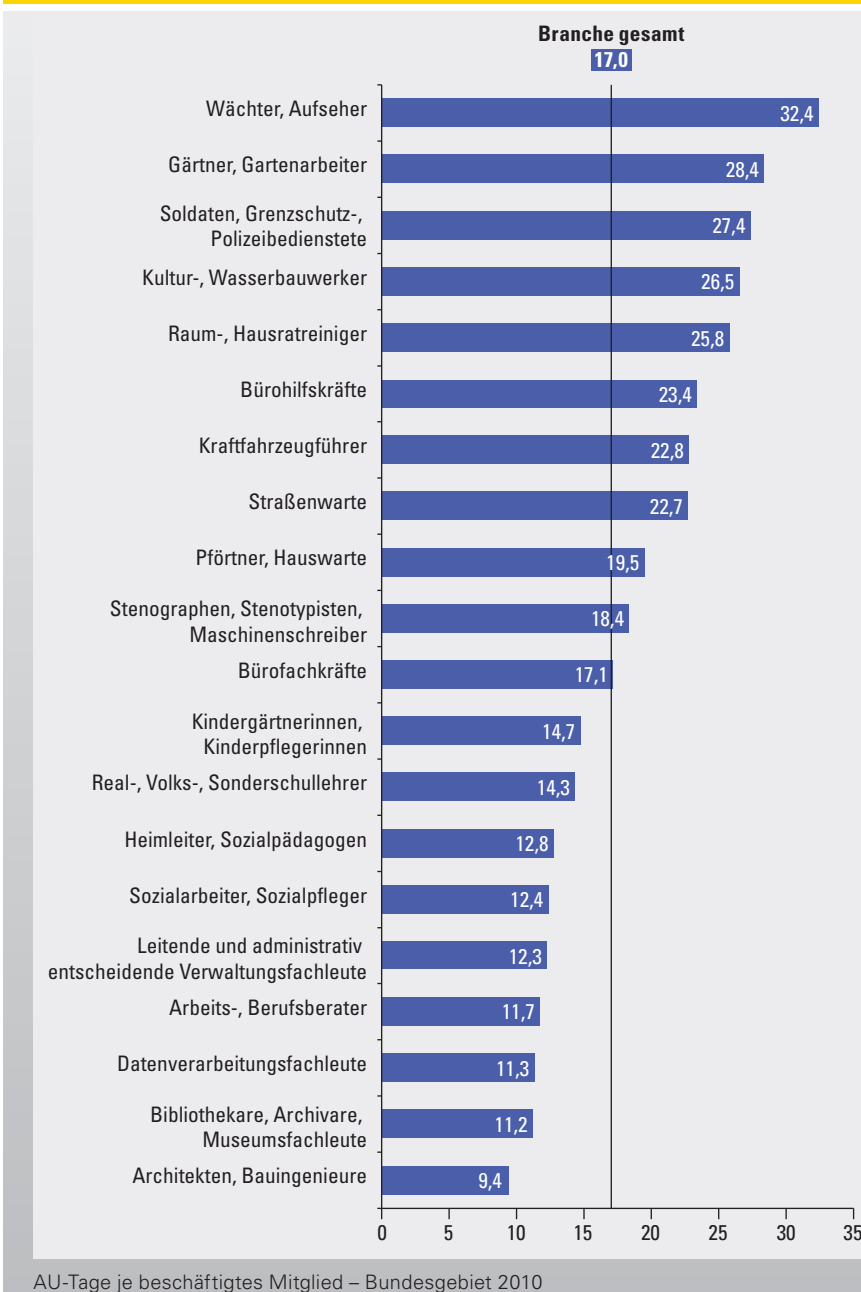
Wie auch schon 2009, wiesen Wächter und Aufseher die höchsten Fehlzeiten in der Branche auf. Mit 32,4 AU-Tagen lagen diese sogar noch einen halben Tag über dem Wert von 2009. Gärtner und Gartenarbeiter verzeichneten ebenfalls einen Anstieg gegenüber dem Jahr 2009 um 3,2 Tage auf 28,4 Arbeitsunfähigkeitstage. Leicht rückläufig waren dagegen die Fehlzeiten von Soldaten, Grenzschutz- und Polizeibediensteten mit 27,4 Fehltagen 2010, was einem Rückgang von knapp drei Tagen gegenüber 2009 (30,3 Tage) entspricht. Einen hohen Krankenstand verzeichneten auch die Gruppen der Kultur- und Wasserbauwerker sowie der Raum- und Hausratreiniger mit jeweils über 25 AU-Tagen.

Berufsgruppen mit geringen Fehlzeiten waren Architekten und Bauingenieure mit 9,4 Arbeitsunfähigkeitstagen (Rückgang von 0,5 Tagen im Vergleich zu 2009) sowie Bibliothekare, Archivare, Museumsfachleute, Datenverarbeitungsfachleute, Arbeits- und Berufsberater mit 11,2 bis 11,7 Tagen.

Bürofachkräfte, die mit knapp 106 Tsd. Beschäftigten die größte Gruppe im Bereich öffentliche Verwaltung bilden, verzeichneten 2010 mit 17,1 Arbeitsunfähigkeitstagen ein Gesamtergebnis, das knapp über dem Branchenschnitt liegt. Entgegen dem allgemeinen Trend in dieser Branche sind hier die Fehlzeiten mit minus 0,7 Tagen rückläufig gegenüber 2009. Frauen lagen dabei mit 17,7 Krankheitstagen rund 2,1 Tage über dem Durchschnitt der Männer mit 15,6 Krankheitstagen.

Diagramm 3.5

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Öffentliche Verwaltung



Gesundheits- und Sozialwesen

Das *Gesundheits- und Sozialwesen* (vgl. Diagramm 3.6) stellt mit knapp 562 Tsd. BKK Mitgliedern eine bedeutende Gruppe dar. 82,4% der Angehörigen dieser Branche sind weiblich. Die Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen verzeichneten 2010 einen Ausfall von durchschnittlich 14,0 Tagen je Mitglied. Damit ist der Krankenstand gegenüber 2009 um einen halben Tag gefallen (2009: 14,5 Tage). Frauen waren mit 14,3 Tagen um 1,4 Tage länger krank als Männer.

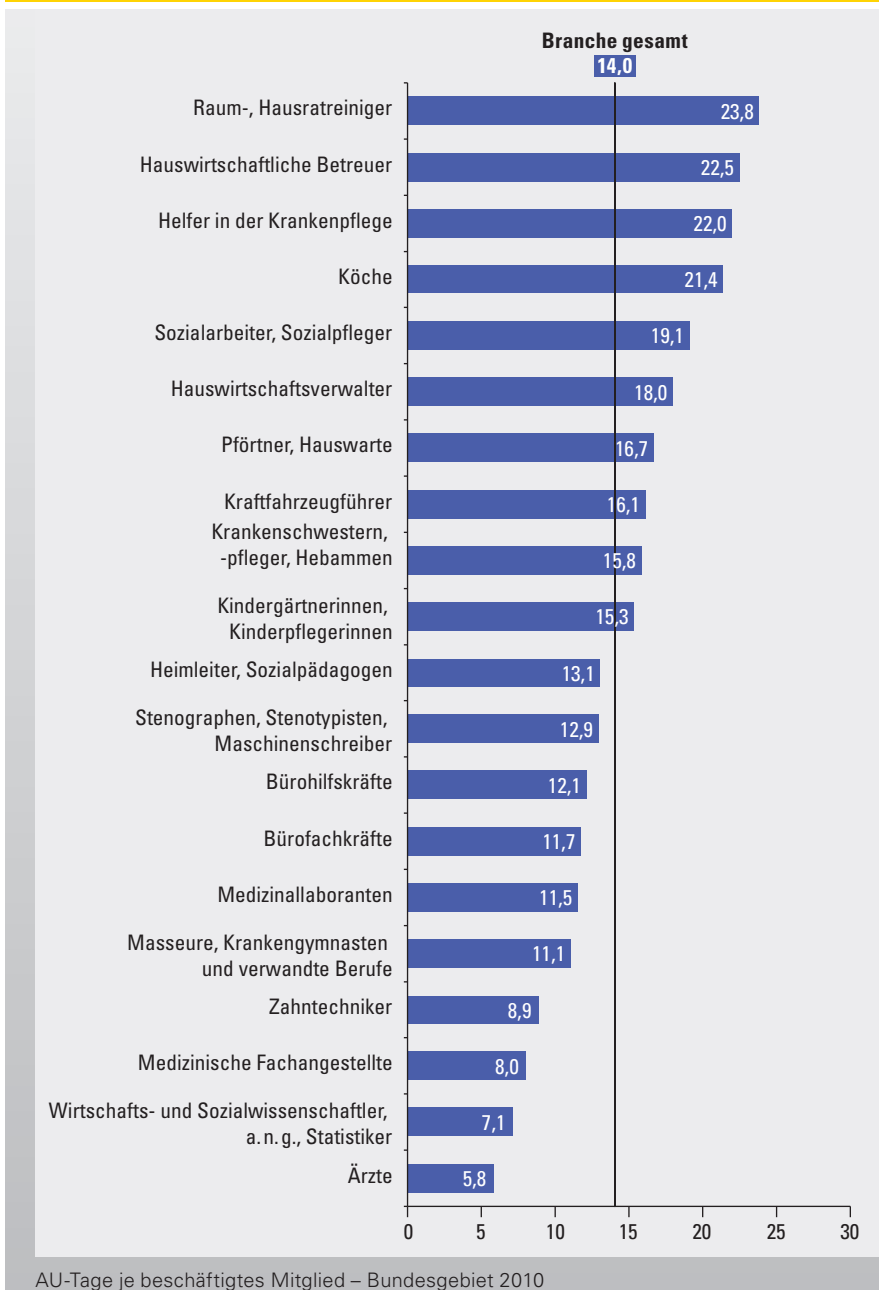
Wie bereits 2009 verzeichneten die Raum- und Hausratreiniger 2010 die höchsten Krankenstände mit 23,8 Tagen, lagen dabei jedoch 1,1 Tage unter dem Vorjahresniveau von 24,9 Tagen. Auch hauswirtschaftliche Betreuer und Helfer in der Krankenpflege verzeichneten mit 22,5 bzw. 22,0 Tagen weiterhin hohe, wenngleich im Vergleich zu 2009 rückläufige Fehlzeiten.

Die größte Berufsgruppe bilden die Krankenschwestern, -pfleger und Hebammen mit fast 120 Tsd. BKK Mitgliedern. Im Vergleich zu 2009 lag der Krankenstand 2010 bei ihnen mit 15,8 Tagen knapp einen Tag (0,9 Tage) unter dem Vorjahreswert. Die zweitgrößte Gruppe bilden die medizinischen Fachangestellten. In dieser Berufsgruppe sind fast ausschließlich Frauen beschäftigt. Mit 8,0 Tagen ist auch bei ihnen 2010 gegenüber 2009 (8,5 Tage) ein Rückgang zu verzeichnen.

Die Berufsgruppe mit den niedrigsten Arbeitsunfähigkeitstagen im Gesundheits- und Sozialwesen waren 2010, wie auch bereits 2009, die Ärzte mit 5,8 Tagen je Mitglied. Damit ist auch hier der Wert im Vergleich zu 2009 gesunken (–1,2 Tage). Ebenfalls niedrige Fehlzeiten entfielen auf die Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler: Mit 7,1 Tagen im Jahr 2010 ist ein Rückgang der Krankheitszeiten um 2,0 Tage zu verzeichnen.

Diagramm 3.6

Arbeitsunfähigkeit nach Berufen – Gesundheits- und Sozialwesen



3.2 Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit

Die BKK versicherten Beschäftigten repräsentieren gut 20 % aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland. Aufgrund spezifischer Verteilungsstrukturen z.B. nach Alter und Geschlecht lassen sich die Ergebnisse dennoch nicht in jeder Hinsicht auf die gesamte Erwerbsbevölkerung übertragen. Zudem könnten sich Unterschiede im Morbiditätsgeschehen zwischen einzelnen Wirtschaftsgruppen zum Beispiel dadurch zeigen, dass Versicherte unterschiedlichen Alters miteinander verglichen werden.¹

Um Aussagen unabhängig von möglichen Alters- oder Geschlechtseffekten treffen zu können, werden in diesem Kapitel die standardisierte Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen betrachtet. Hierfür werden nach der Methode der direkten Standardisierung die Alters- und Geschlechtsverteilung der BKK Versi-

cherten die der Gesamtheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten angepasst. Die Ergebnisse zeigen also, wie das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen der BKK Versicherten wäre, wenn sie nach Alter und Geschlecht der Erwerbsbevölkerung völlig vergleichbar wären. Wie im ersten Teil des Kapitels werden im folgenden Abschnitt die Fehlzeiten für alle (sowohl pflicht- als auch freiwillig krankenversicherte) beschäftigten Mitglieder dargestellt.

Der Vergleich der auf Basis aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten standardisierten Ergebnisse mit den nicht-standardisierten Ergebnissen zeigt erstmals seit 2007 im Gesamtergebnis keine Unterschiede: Nach einer Annäherung der Rohwerte und der nach Alter und Geschlecht standardisierten Ergebnisse der Arbeitsunfähigkeitstage in den Vorjahren (2008: 12,6 bzw. 13,0; 2009: 13,5 bzw. 13,8 AU-Tage je Beschäftigten)

liegen die bei den beschäftigten BKK Mitgliedern ermittelten durchschnittlichen Krankheitstage 2010 mit 13,9 Tagen auf gleichem Niveau wie die „rohen“ BKK Werte. Diese Entwicklung ist möglicherweise durch eine insgesamt zunehmend älter werdende Versichertenpopulation der Beschäftigten und eine Angleichung der Alters- und Geschlechtsstruktur der Betriebskrankenkassen an den bundesweiten Durchschnitt aller pflichtversicherten Beschäftigten bedingt.

Wenn auch für eine genauere Analyse nach Branchen und Berufen die oben angesprochenen Referenzdaten fehlen, so bleiben geschlechtsspezifische Beschäftigungsstrukturen dennoch in einigen Berufen und Branchen relevant für die AU-Ergebnisse. Im Folgenden werden daher die demografiebedingten Besonderheiten der AU-Ergebnisse nach Branchen wiedergegeben.

Ergebnisse nach Branchen

Zwar bestätigen sich die anhand der BKK Daten identifizierten Schwerpunkte des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens in den einzelnen Branchen. Doch zeigt der Vergleich der bereinigten Branchenergebnisse nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung mit den „rohen“ BKK Ergebnissen wichtige Abweichungen, erwartungsgemäß in beide Richtungen (vgl. *Diagramm 3.7*).

Nach der Standardisierung wurden 2010 die meisten Arbeitsunfähigkeitstage im Landverkehr mit 19,8 Tagen ermittelt, gefolgt von den Postdiensten (19,1 AU-Tage) und der Abfall- und Recyclingwirtschaft (17,0 AU-Tage). Überdurchschnittlich hohe Krankheitszeiten wiesen im Dienstleistungsbereich weiterhin die Zeitarbeits- und Arbeitsvermittlungsbetriebe (16,3 AU-Tage) und die Betriebe der Branche öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung (15,9 AU-Tage) auf. Unterdurchschnittlich waren nach der

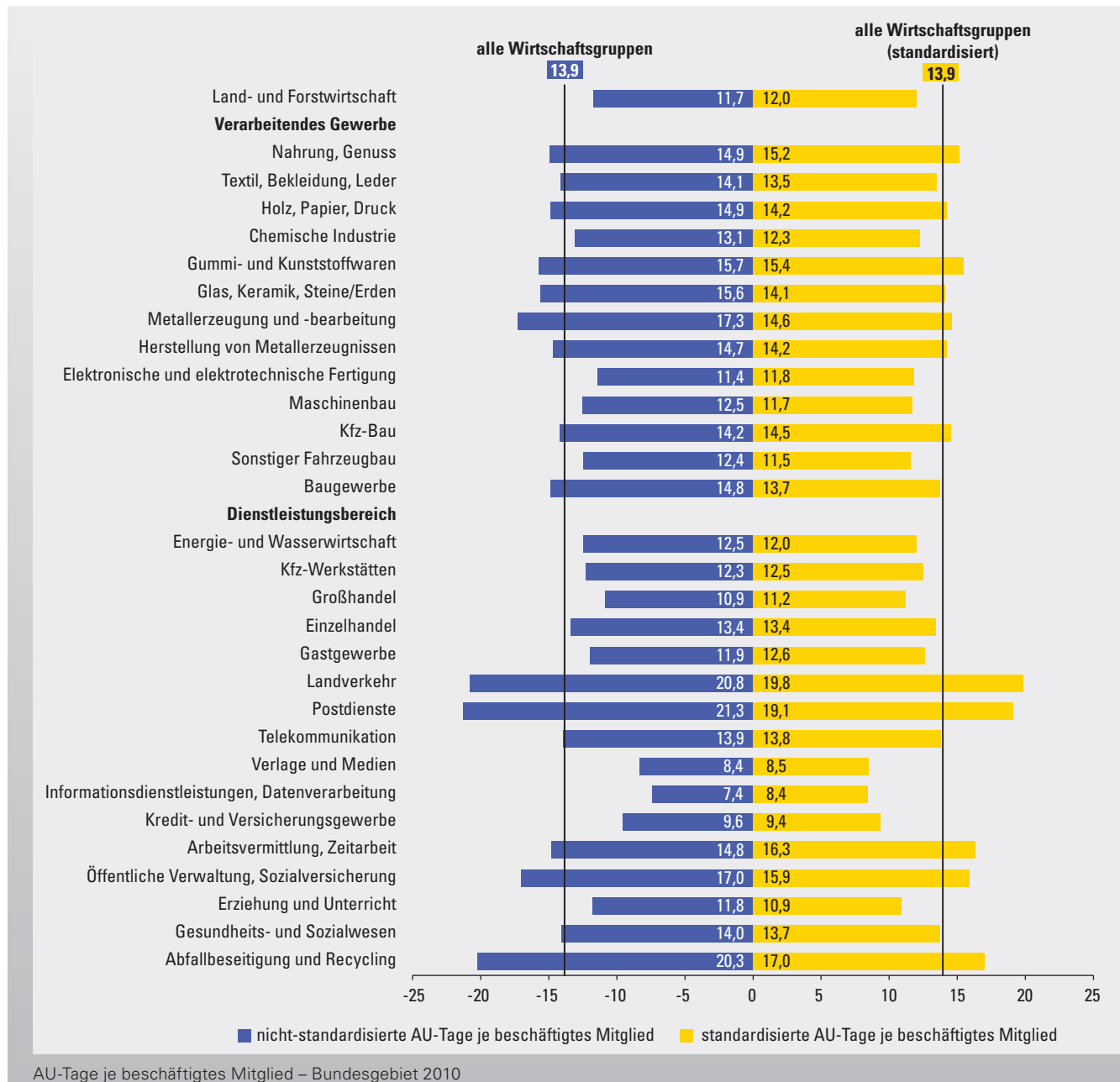
Standardisierung die Branchen Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung (8,4 AU-Tage), Verlage und Medien (8,5 AU-Tage), Kredit- und Versicherungsgewerbe (9,4 AU-Tage) und Erziehung und Unterricht (10,9 AU-Tage). Die Branchen des verarbeitenden Gewerbes zeigen auch nach der Standardisierung eine wesentlich einheitlichere Verteilung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens als der Dienstleistungsbereich. Die Abweichung vom Mittelwert ist bei den Gummi- und Kunststoffwaren herstellenden Betrieben mit 15,4 AU-Tagen am größten. Überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten werden noch für die Betriebe der Nahrungs- und Genussmittelherstellung (15,2 AU-Tage), der Metallerzeugung und -bearbeitung (14,6 AU-Tage) sowie den Kfz-Bau (14,5 AU-Tage) ermittelt. Unterdurchschnittliche Fehlzeiten finden sich dagegen für die Betriebe im sonstigen Fahrzeugbau (11,5 AU-Tage), Maschinenbau (11,7 AU-Tage) und die elektronische und elektrotechnische Fertigung (11,8 AU-Tage).

Im verarbeitenden Gewerbe zeigte sich ein eher homogenes Bild bei den einzelnen Branchen mit einer Variationsbreite von 12,4 AU-Tagen (sonstiger Fahrzeugbau) bis 17,3 AU-Tagen (Metallerzeugung und -verarbeitung) und geringen Abweichungen vom Gesamtwert. Dagegen lag im Dienstleistungsbereich eine stärkere Variation der Ausfallzeiten zwischen den einzelnen Branchen vor. Sie reichte hier von 7,4 AU-Tagen (Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung) bis zu 21,3 AU-Tagen (Postdienste). Dieses Muster zeigt sich auch bei den standardisierten Ergebnissen. Mit Ausnahme der Branchen Nahrung, Genuss, Kfz-Bau und elektronische und elektrotechnische Fertigung sind in allen Branchen nach der Standardisierung niedrigere AU-Tage zu verzeichnen als vor der Standardisierung. Dies hängt u.a. mit dem höheren Durchschnittsalter der in diesen Branchen beschäftigten BKK Mitglieder im Vergleich zu allen Beschäftigten der Branchen zusammen

¹ Vgl. ZOIKE, Erika/BÖDEKER, Wolfgang (2008): Berufliche Tätigkeit und Arbeitsunfähigkeit. Repräsentative arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung mit Daten der Betriebskrankenkassen. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz, Band 51, Heft 10, S. 1155–1163.

Diagramm 3.7

Standardisierte Arbeitsunfähigkeitstage für die beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen



(vgl. oben Kapitel 3.1). So liegen die nicht-standardisierten AU-Tage je BKK Mitglied in der Metallerzeugung und -bearbeitung um 2,7 Tage über dem standardisierten Wert. Abweichungen von über einem Tag sind auch in den

Branchen Glas, Keramik, Steine/Erden (1,5 Tage) und Baugewerbe (1,1 Tage) zu verzeichnen. Diese Abweichungen waren in ähnlicher Weise bereits in den Vorjahren zu beobachten und haben sich in den letzten Jahren verstärkt.

So betrug die Differenz zwischen den standardisierten und den nicht-standardisierten AU-Tagen in der Metallerzeugung und -bearbeitung im Jahr 2007 1,0 Tage, 2008 und 2009 jeweils 2,3 Tage und in 2010 bereits 2,7 Tage.

Im Dienstleistungsbereich zeigt sich ein etwas differenzierteres Bild: Branchen mit erheblich längeren nicht-standardisierten Arbeitsunfähigkeitszeiten (Abfallbeseitigung und Recycling: 3,3 Tage, Postdienste: 2,2 Tage, öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung: 1,1 Tage) stehen Branchen mit kürzeren nicht-standardisierten Arbeitsunfähigkeitszeiten der BKK Mitglieder (Arbeitsvermittlung, Zeitarbeit: –1,5 Tage, Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung: –1,0 Tage, Gastgewerbe: –0,7 Tage) gegenüber.

Wie in den Vorjahren sind die standardisierten Fehlzeiten im Vergleich zu den nicht-standardisierten Fehlzeiten bei den weiblichen BKK Mitgliedern höher, während sie bei den männlichen Mitgliedern niedriger sind (vgl. *Tabelle 3.10*). Insgesamt wurden für die Frauen standardisiert 14,3 AU-Tage ermittelt gegenüber 14,1 AU-Tagen in der nicht-standardisierten Berechnung (vgl. *Tabelle 9*). Bei den Männern besteht mit 13,6 AU-Tagen (standardisiert) und 13,7 AU-Tagen (nicht-standardisiert) praktisch kein Unterschied in der Gesamtschau. Bezogen auf die einzelnen Branchen sind jedoch erhebliche Unterschiede bei beiden Geschlechtern festzustellen, wobei die Abweichungen bei den männlichen BKK Versicherten stärker streuen als bei den weiblichen.

Männliche beschäftigte BKK Mitglieder weisen altersstandardisiert erheblich niedrigere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf

in den Branchen Telekommunikation (–10,4%), Landverkehr (–9,7%) und öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung (–8,2%). Bei den weiblichen Beschäftigten sind altersstandardisiert erheblich niedrigere Arbeitsunfähigkeitszeiten nur bei den Postdiensten (–11,3%) zu verzeichnen. Erheblich höhere altersstandardisierte Arbeitsunfähigkeitszeiten weisen männliche Beschäftigte dagegen in den Branchen Gastgewerbe (+3,8%), Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften (+9,6%), Einzelhandel (+8,6%) und Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung (+7,9%) auf. Mit Ausnahme des Einzelhandels und der öffentlichen Verwaltung, Sozialversicherung weisen weibliche Beschäftigte in diesen Branchen ebenfalls altersstandardisiert erheblich höhere Fehlzeiten auf.

Mit dieser Reihung einher geht die Altersverteilung der beschäftigten BKK Mitglieder. Die Branchen mit höheren Fehlzeiten im Vergleich zu den standardisierten Ergebnissen sind die mit den höchsten Werten im Durchschnittsalter. So beträgt das Durchschnittsalter der beschäftigten männlichen BKK Mitglieder in der Telekommunikation 44,2 Jahre (Rang 46), im Landverkehr 44,6 Jahre (Rang 47) und in der öffentlichen Verwaltung, Sozialversicherung 44,7 Jahre (Rang 48). Die bei den Postdiensten beschäftigten weiblichen BKK Mitglieder weisen mit 46,0 Jahren ebenfalls das höchste Durchschnittsalter aller Branchen auf. Demgegenüber haben die Branchen mit ver-

gleichsweise niedrigeren Fehlzeiten die jüngsten beschäftigten BKK Mitglieder. Das Durchschnittsalter der männlichen Beschäftigten beträgt im Gastgewerbe 35,1 Jahre (Rang 1), in den Betrieben der Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften 36,6 Jahre (Rang 2), im Einzelhandel 37,5 Jahre (Rang 5) und bei Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung 39,1 Jahre (Rang 9).

Insgesamt geben die standardisierten Ergebnisse im Wesentlichen Auskunft über das Wirkungsmaß der demografischen Verteilung bei den jeweiligen Gruppenwerten der Arbeitsunfähigkeit. Gleichzeitig werden die Krankenstände aber durch die tatsächliche Alters- und Geschlechtsstruktur der jeweiligen Beschäftigtengruppe wesentlich bestimmt. Der Bedarf für die Gesundheitsförderung kommt damit eher in den nicht-standardisierten Kenngrößen zum Ausdruck.

Tabelle 3.10

Nach Alter und Geschlecht standardisierte Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen

	AU-Fälle je Beschäftigten			AU-Tage je Beschäftigten			Anzahl der sozialvers.pflichtig Beschäftigten*		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft	0,8	0,8	0,9	12,0	12,1	11,9	220.759	149.161	71.598
Nahrung, Genuss	1,1	1,0	1,1	15,2	14,7	15,8	651.072	336.539	314.533
Textil, Bekleidung, Leder	1,1	1,1	1,1	13,5	13,7	13,3	129.117	58.034	71.083
Holz, Papier, Druck	1,2	1,2	1,1	14,2	15,0	13,3	396.009	293.861	102.148
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	1,1	1,1	1,0	14,3	15,8	12,5	109.478	91.122	18.356
Papiergewerbe	1,2	1,2	1,1	14,2	14,7	13,5	124.721	95.566	29.155
Druck	1,2	1,2	1,2	14,2	14,9	13,3	161.810	107.173	54.637
Chemie	1,2	1,2	1,2	13,0	13,5	12,5	802.151	573.053	229.098
Kokerei, Mineralölverarbeitung	1,0	1,0	1,0	11,3	11,5	10,9	28.522	23.541	4.981
Chemische Industrie	1,2	1,1	1,2	12,3	12,9	11,6	434.621	296.136	138.485
Gummi- und Kunststoffwaren	1,2	1,2	1,2	15,4	15,5	15,4	339.008	253.376	85.632
Glas, Keramik, Steine/Erden	1,1	1,1	1,1	14,1	15,8	12,0	198.412	159.291	39.121
Metallerzeugung	1,2	1,2	1,1	14,4	15,8	12,9	1.040.023	865.318	174.705
Metallerzeugung und -bearbeitung	1,2	1,2	1,1	14,6	16,6	12,2	305.531	268.711	36.820
Herstellung von Metallerzeugnissen	1,1	1,2	1,1	14,2	15,1	13,2	734.492	596.607	137.885
Metallverarbeitung	1,1	1,1	1,2	13,1	12,5	13,8	2.576.544	2.077.724	498.820
Elektronische und Elektrotechn. Fertigung	1,1	1,0	1,3	11,8	9,8	14,1	734.713	521.938	212.775
Maschinenbau	1,1	1,1	1,1	11,7	12,6	10,5	939.209	791.814	147.395
KFZ-Bau	1,1	1,1	1,2	14,5	13,5	15,8	769.588	649.750	119.838
Sonstiger Fahrzeugbau	1,1	1,1	1,1	11,5	12,6	10,2	133.034	114.222	18.812
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	1,1	1,1	1,2	12,6	12,1	13,2	326.837	199.216	127.621
Energie- und Wasserwirtschaft	1,2	1,1	1,3	12,0	11,6	12,5	306.868	231.697	75.171
Abfallbeseitigung und Recycling	1,3	1,4	1,2	17,0	20,3	13,0	156.077	130.981	25.096
Baugewerbe	1,0	1,1	0,9	13,7	16,5	10,6	1.605.110	1.398.983	206.127
Handel	1,0	1,0	1,0	12,7	12,1	13,4	4.003.013	1.925.782	2.077.231
KFZ-Werkstätten	1,1	1,1	1,1	12,5	13,5	11,3	584.289	470.289	114.000
Großhandel	1,0	0,9	1,0	11,2	11,2	11,2	1.321.377	844.317	477.060
Einzelhandel	0,9	0,9	1,0	13,4	12,6	14,4	2.097.347	611.176	1.486.171
Verkehr	1,2	1,2	1,3	17,5	17,6	17,4	1.200.138	949.053	251.085
Landverkehr	1,3	1,2	1,4	19,8	18,6	21,2	486.011	412.742	73.269
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	1,2	1,1	1,3	16,1	16,6	15,6	714.127	536.311	177.816
Postdienste	1,2	1,1	1,3	19,1	17,3	21,3	207.408	105.275	102.133
Gastgewerbe	0,8	0,7	0,9	12,6	10,7	14,8	846.373	359.963	486.410
Verlage und Medien	0,8	0,7	0,9	8,5	7,8	9,4	236.208	115.781	120.427
Telekommunikation	1,2	1,1	1,4	13,8	12,1	15,7	74.783	55.597	19.186
Informationsdienstl., Datenverarbeitung	0,9	0,7	1,0	8,4	6,8	10,3	512.772	359.540	153.232
Kredit- und Versicherungsgewerbe	0,9	0,8	1,1	9,4	7,7	11,4	998.424	437.558	560.866
Dienstleistungen	1,0	0,9	1,1	12,1	11,9	12,4	3.620.704	1.906.581	1.714.123
Grundstücke und Vermietungen	0,9	0,8	1,0	10,8	10,5	11,2	208.800	101.639	107.161
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl. *1	0,8	0,7	1,0	8,5	7,7	9,4	1.576.755	741.190	835.565
Vermittl. u. Überlassung v. Arbeitskräften	1,2	1,2	1,3	16,3	16,0	16,7	748.422	525.728	222.694
sonstige wirtschaftl. Dienstleistungen *2	1,2	1,1	1,2	16,1	15,6	16,8	1.086.727	538.024	548.703
Öffentl. Verwaltung, Sozialversicherung	1,4	1,3	1,5	15,9	15,6	16,2	1.677.565	635.991	1.041.574
Erziehung und Unterricht	1,0	0,8	1,3	10,9	9,3	12,8	1.096.728	361.551	735.177
Gesundheits- und Sozialwesen	1,0	0,9	1,1	13,7	12,9	14,7	3.479.107	688.539	2.790.568
Gesundheitswesen	0,9	0,9	1,0	12,6	12,5	12,7	2.052.467	382.739	1.669.728
Sozialwesen	1,1	1,0	1,2	15,6	13,4	18,2	1.426.640	305.800	1.120.840
Kultur, Sport und Unterhaltung	0,9	0,9	1,0	13,4	13,2	13,6	233.551	112.809	120.742
Gesamt	1,1	1,1	1,2	13,9	13,6	14,3	27.710.487	14.975.593	12.734.894

* Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008) am Stichtag 30. Juni 2010

3.3 Krankheitsarten nach beruflichen Merkmalen

Die bisher dokumentierten unterschiedlichen Ausprägungen der Arbeitsunfähigkeit nach Tätigkeiten stehen im engen Zusammenhang mit spezifischen Morbiditätsstrukturen in den einzelnen Branchen und Berufen. Im folgenden Abschnitt werden daher die Verteilungen der Krankheitsarten näher in den Blick genommen. Hierbei liegt der Fokus zu-

nächst auf Muskel- und Skeletterkrankungen, da diese weiterhin den höchsten Anteil an den Arbeitsunfähigkeitstagen verursachen (Ergebnisse zu Einzeldiagnosen sind *Kapitel 5* zu entnehmen) und sowohl auf Branchen- als auch auf Berufsebene maßgeblich für den Umfang der Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sind. Ebenso werden die kontinuierlich

und in wirtschaftlich unsicheren Zeiten besonders anwachsenden psychischen Erkrankungen ausführlicher betrachtet.

Zunächst erfolgt ein Überblick über die branchenbezogenen Morbiditätsstrukturen, hiernach werden ergänzend ausgewählte Berufsgruppen mit krankheitsbezogenen Auffälligkeiten beschrieben.

3.3.1 Branchenspezifische Morbiditätsprofile

Die *Diagramme 3.8 und 3.9* zeigen die unterschiedlichen Verteilungen der wichtigsten Krankheitsgruppen in den einzelnen Branchen.

Muskel- und Skeletterkrankungen

Nachdem in den vergangenen Jahren ein leichter Rückgang der relativen Bedeutung der *Erkrankungen des Bewegungsapparates* zu verzeichnen war, haben diese 2010 sowohl absolut als auch relativ wieder zugenommen. Über ein Viertel der Arbeitsunfähigkeitstage (26,6 %) und 17,4 % der AU-Fälle entfielen auf die Erkrankungen der Bewegungsorgane. Dies bedeutet für 2010 durchschnittlich 3,9 Krankheitstage je pflichtversicherten Beschäftigten.

Das höchste Gewicht hatten diese Erkrankungen bei den Postdiensten und in der Abfallentsorgung, bei denen sie jeweils rund 33 % aller AU-Tage verursachten. Ähnlich hohe Anteile hatten Muskel- und Skeletterkrankungen in den Branchen Kfz-Bau (32,8 %), Papiergewerbe (32,8 %), Metallherstellung und -bearbeitung (32,4 %), Gummi- und Kunststoffwaren (32,4 %), Baugewerbe (32,3 %) sowie Glas, Keramik, Steine/Erden (32,0 %).

Im verarbeitenden Gewerbe entfielen durchschnittlich 30,1 % der Fehlzeiten auf diese Erkrankungen. Innerhalb des verarbeitenden Gewerbes wiesen alle Branchen einen überdurchschnittlichen

Anteil der Muskel- und Skeletterkrankungen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auf. In den Branchen des Dienstleistungssektors betrug der Durchschnitt 25,3 % der AU-Tage bzw. 16,3 % der AU-Fälle. Überdurchschnittlich hohe Anteile hatte neben den Postdiensten noch das Verkehrswesen (29,4 %). Besonders niedrige Anteile wiesen die Branchen Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung (16,8 %), Kredit- und Versicherungsgewerbe (17,2 %), Verlage und Medien (17,7 %) sowie Erziehung und Unterricht (18,1 %) auf.

Muskel- und Skeletterkrankungen treten vor allem in den Branchen auf, die durch körperlich belastende oder für den Bewegungsapparat einseitige Tätigkeiten gekennzeichnet sind. Branchen mit überdurchschnittlich vielen durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursachten Fehlzeiten weisen zudem auch insgesamt hohe Krankenstände auf. Dies ist nicht zuletzt bedingt durch die bei diesen Erkrankungen überdurchschnittlich lange Dauer der Arbeitsunfähigkeit (durchschnittlich 19,6 AU-Tage je Fall).

Atemwegserkrankungen

Atemwegserkrankungen verursachten bundesweit 14,4 % der AU-Tage, aber 28,2 % der AU-Fälle. Hierbei stehen Erkältungskrankheiten und Infektionen der oberen Atemwege im Vordergrund. Traditionell ist das Krankheitsgeschehen stark beeinflusst durch das unterschied-

liche Ausmaß der Grippeerkrankungen im späten Winter und Herbst eines jeden Jahres. 2010 waren diese nicht so stark ausgeprägt, sodass der Anteil der Atemwegserkrankungen im Jahresvergleich um ca. 2,8 Prozentpunkte, bezogen auf die AU-Tage, bzw. 3,8 Prozentpunkte, bezogen auf die AU-Fälle, zurückging. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit betrug 2010 6,6 Tage.

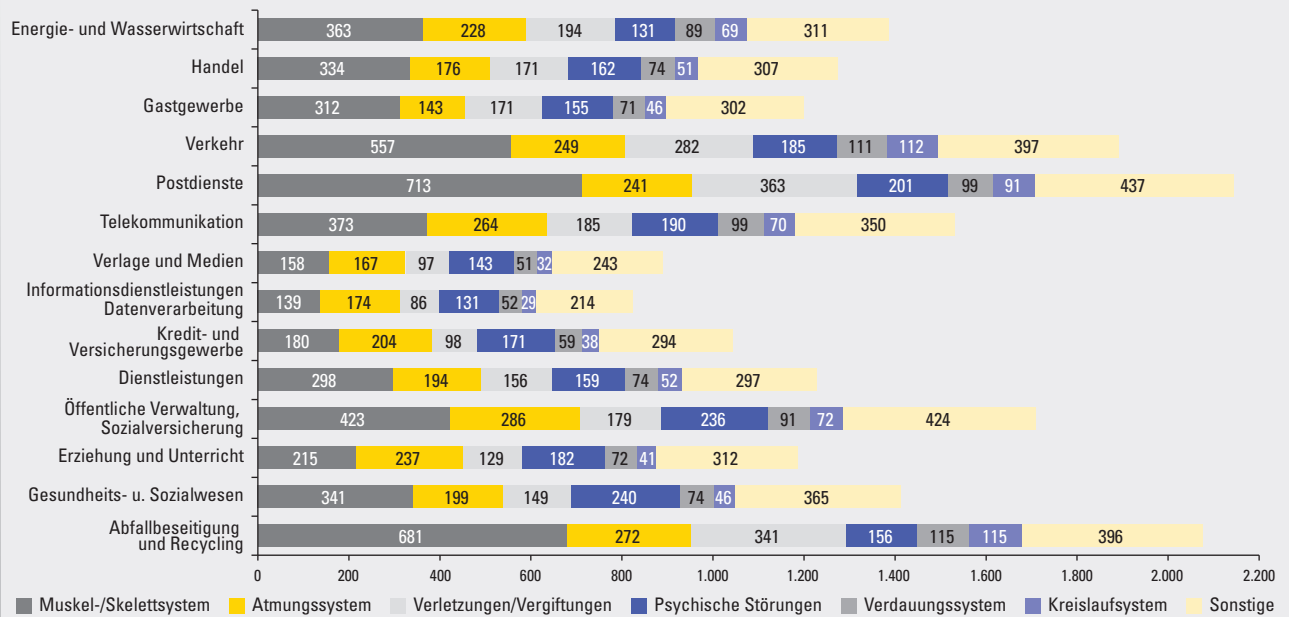
Auf die Erkrankungen des Atmungssystems entfielen in den öffentlichen Verwaltungen, den Abfallentsorgungsbetrieben sowie in der Telekommunikation durchschnittlich 2,6 bis 2,9 Krankheitstage, jedoch sind dies nicht die Branchen, in denen diese Erkrankungen das höchste Gewicht hatten. Das höchste relative Gewicht hatten Erkrankungen der Atemwege in den Unternehmen der Datenverarbeitung (21,1 % der AU-Tage), im Erziehungswesen (19,9 % der AU-Tage) und im Kredit- und Versicherungsgewerbe (19,5 % der AU-Tage). Diese Wirtschaftsgruppen wiesen insgesamt jedoch niedrige Krankenstände auf.

Psychische Erkrankungen

Die Bedeutung der *psychischen Störungen* ist 2010 wie im Vorjahr gestiegen. Über alle Branchen waren 4,5 % der AU-Fälle durch psychische Erkrankungen bedingt; diese verursachen 12,0 % aller AU-Tage, ihr Anteil stieg damit um 1,3 Prozentpunkte (Vorjahr: 10,7 %).

Diagramm 3.8

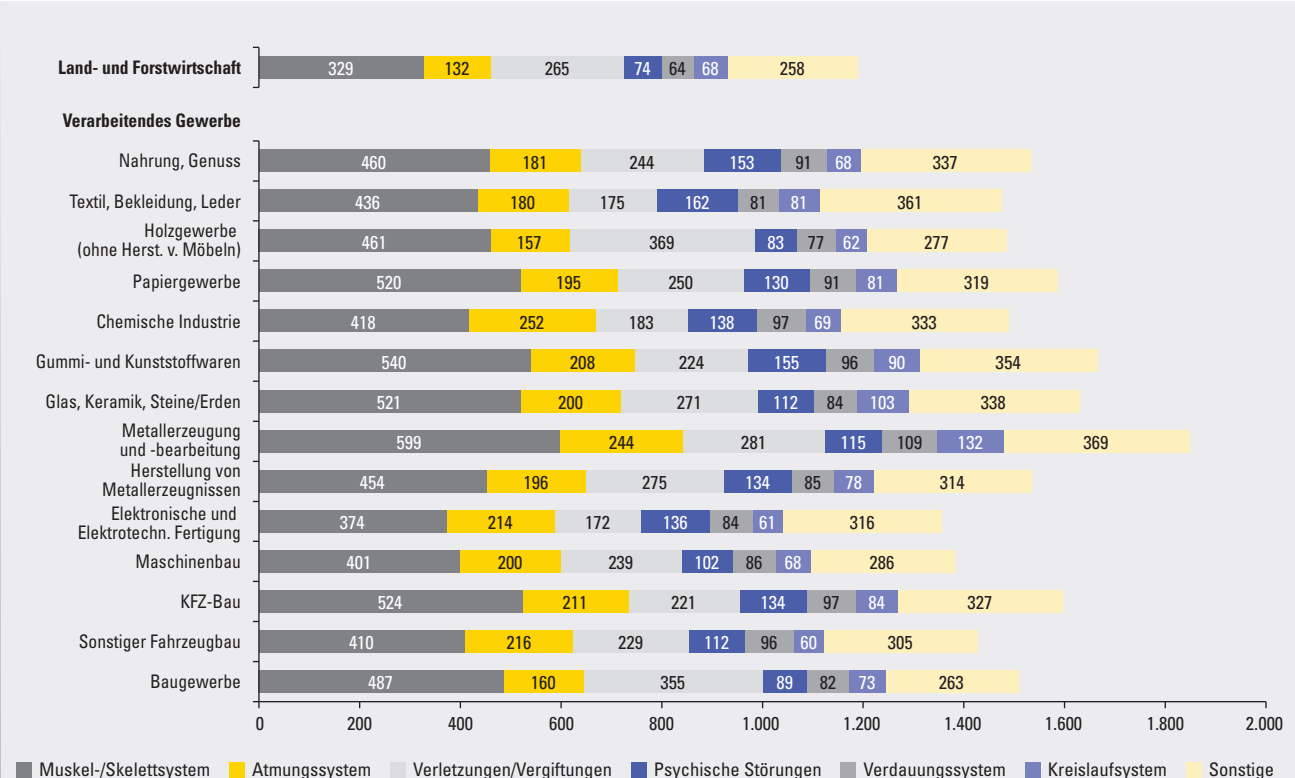
Krankheitsarten im Dienstleistungsbereich



AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2010

Diagramm 3.9

Krankheitsarten in der Land- und Forstwirtschaft und im verarbeitenden Gewerbe



AU-Tage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet 2010

Der Schwerpunkt der Krankheitsausfälle durch psychische Erkrankungen liegt weiterhin im Dienstleistungsbereich, auf den 64,3% der AU-Fälle und 65,8% der AU-Tage entfielen. Diese Krankheitsgruppe war auch 2010 besonders im Gesundheits- und Sozialwesen verbreitet und hatte hier mit durchschnittlich 2,4 AU-Tagen und über 17,0% der Krankheitstage einen weiterhin gestiegenen Anteil am Krankheitsgeschehen. Auch in Bereichen mit sehr niedrigen Krankenständen wie Banken und Versicherungen, Informationsdienstleistungen sowie im Erziehungs- und Unterrichtswesen hatten psychische Ursachen mit zwischen 15 und 16% der Krankheitstage einen bedeutsamen Einfluss auf das AU-Geschehen.

Im verarbeitenden Gewerbe spielen Ausfalltage aufgrund psychischer Erkrankungen insbesondere in Sektoren mit vergleichsweise hoher Frauenbeschäftigung eine bedeutsame Rolle, wie in der Textil- und Bekleidungsindustrie, wo knapp 11,0% aller Fehltag auf psychische Störungen zurückzuführen waren. Insgesamt liegen die durch psychische Erkrankungen verursachten AU-Tage im verarbeitenden Gewerbe bei den Frauen (180 AU-Tage) um 57,9% über denen der Männer (114 AU-Tage). Den geringsten Einfluss auf das AU-Geschehen haben psychische Störungen im Holz- und Baugewerbe. Dort entfielen jedoch inzwischen auch 5,6% bzw. 5,9% aller AU-Tage auf diese Krankheitsgruppe.

Herz- und Kreislauferkrankungen

Die Bedeutung der *Herz- und Kreislauferkrankungen* bei Arbeitsunfähigkeit liegt generell unter den übrigen genannten Krankheiten, 2010 lag ihr Anteil mit 67 AU-Tagen je 100 beschäftigten Pflichtmitglieder nur bei 4,5% der AU-Tage. Jedoch sind auch hier Unterschiede zwischen den Branchen festzustellen. Besonders ausgeprägt waren diese Krankheitsursachen in der Metallerzeugung und -bearbeitung mit einem Anteil von 7,1% (132 AU-Tage je 100 Beschäftigte) und in der Glas- und Keramikindustrie mit 6,3% (103 AU-Tage je 100 Beschäftigte).

Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um Industriebereiche mit häufigen Arbeitsbelastungen durch Hitze, Lärm und Akkordarbeit, die mit Gesundheitsrisiken für Herz und Kreislauf verbunden sind.

Im Dienstleistungsbereich waren erneut vor allem Beschäftigte in der Abfallbeseitigung (115 AU-Tage je 100 Beschäftigte, 5,6%) und in den Verkehrsunternehmen (112 AU-Tage je 100 Beschäftigte, 5,9%) häufiger von diesen Erkrankungen betroffen. Dagegen machten sie nur 3,5% der Krankheitstage im IT-Bereich aus.

Verletzungen und Arbeitsunfälle

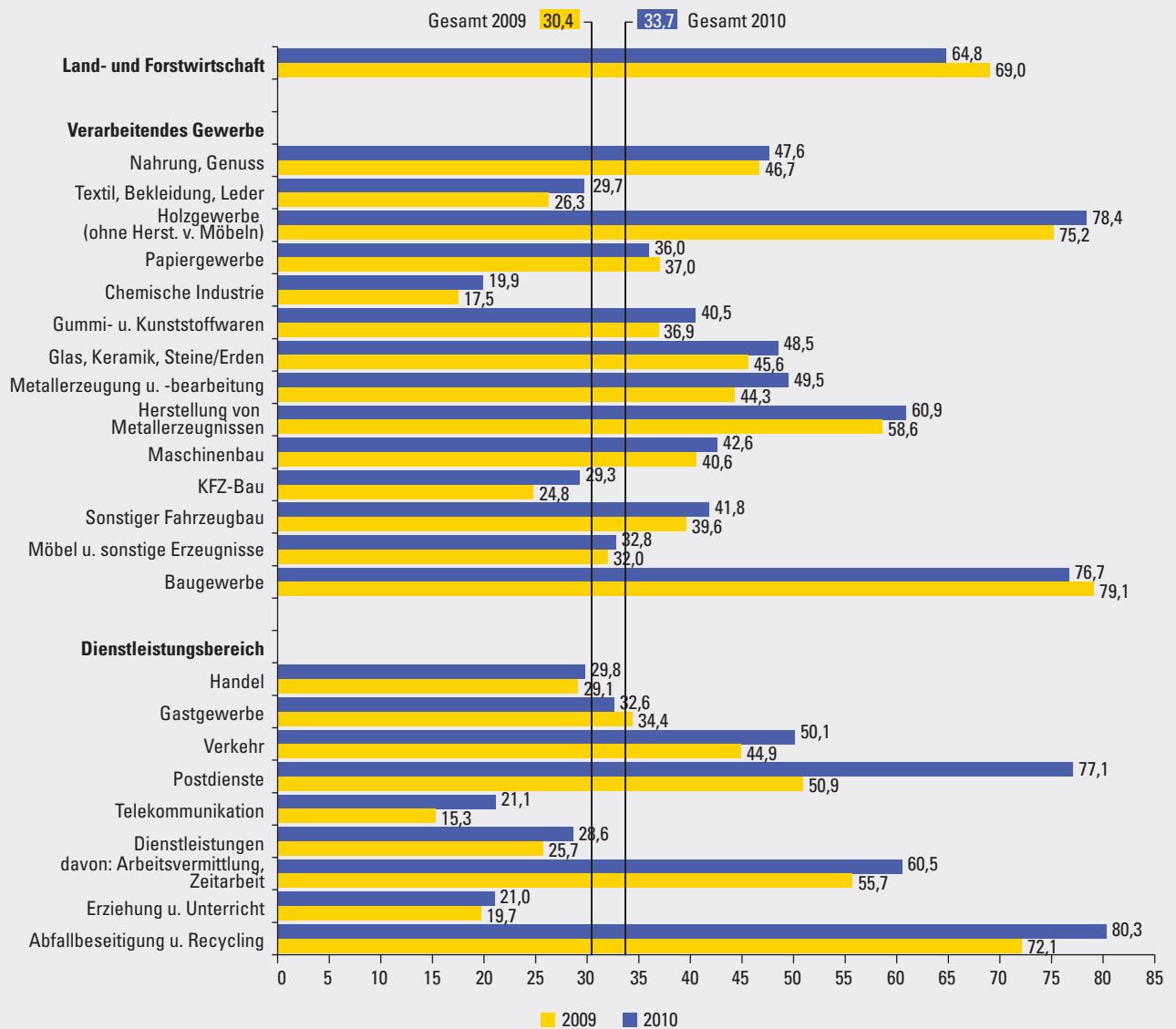
Verletzungen stellten auch im Jahr 2010 die dritt wichtigste Krankheitsursache nach Krankheitstagen dar. Bei Männern stehen sie sogar an zweiter, bei Frauen dagegen nur an vierter Stelle. Sie weisen zudem zwischen den Wirtschaftszweigen erhebliche Variationen auf. Die unterschiedlichen Verletzungshäufigkeiten zwischen den Branchen resultieren zum Teil aus arbeitsbedingten Unfallrisiken. Im Durchschnitt werden ein knappes Drittel (30,9%, Männer: 32,8%, Frauen: 26,0%) der Verletzungen durch Arbeitsunfälle verursacht. So entfielen im Holzgewerbe 24,8%, im Baugewerbe 23,5% und in der Land- und Forstwirtschaft 22,3% aller Krankheitstage auf Verletzungen. Im Dienstleistungsbereich spielten sie vor allem bei den Post- und Kurierdiensten mit 16,9%, in der Abfallbeseitigung mit einem Anteil von 16,4% sowie im Verkehrssektor mit 14,9% der Krankheitstage ebenfalls eine größere Rolle.

Branchenspezifische Unfallrisiken haben einen erheblichen Einfluss auf das verletzungsbedingte AU-Geschehen, daher wird hier eine detailliertere Analyse der spezifischen Verteilungsstrukturen von Arbeitsunfällen vorgenommen. Dabei werden alle Unfälle einbezogen, auch wenn eine Heilbehandlung oder Kostenersatzung durch die Berufsgenossenschaften erfolgt ist. Dies soll eine umfassende Abschätzung des gesundheitlichen Gefährdungspotenzials in den einzelnen Branchen ermöglichen. Einen

detaillierten Überblick über Arbeitsunfälle mit Verletzungsfolgen nach Wirtschaftsgruppen und Schädigungsarten geben die *Tabellen 4 und 5 im Anhang*.

Im Jahr 2010 lag die Häufigkeit von Arbeitsunfällen bei 33,7 Fällen je 1.000 Pflichtmitglieder und ist damit gegenüber dem Vorjahr um über drei Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder gestiegen (2009: 30,4) (s. *Diagramm 3.10*). Auf Arbeitsunfälle entfielen 2,9% (Männer: 3,9%, Frauen: 1,8%) aller AU-Fälle und 4,8% aller Tage (Männer: 6,4%, Frauen: 2,8%). Die Unfallohäufigkeiten stiegen analog zum Gesamtrend in fast allen Branchen an, mit Ausnahme der Land- und Forstwirtschaft, die damit wieder das Niveau von 2008 erreicht hat, dem Papiergewerbe (–1 Fall je 1.000 Pflichtmitglieder), dem Baugewerbe (–2,4 Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder) und dem Gastgewerbe (–1,8 Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder). Ein besonders starker Anstieg um 26,2 Fälle je 1.000 pflichtversicherte Mitglieder war bei den Postdiensten zu verzeichnen (+51,5%). Diese Schwankungen dürften mit den extremen Winterverhältnissen zum Beginn und Ende des Jahres 2010 zusammenhängen, aber auch mit unterschiedlich starken Arbeitseinsätzen in den verschiedenen Jahren, und daher nicht zuletzt auch dem konjunkturellen Aufschwung geschuldet sein. Die meisten Arbeitsunfälle mit Verletzungsfolge traten in Sektoren mit häufiger Beschäftigung im Freien und im Außenbereich auf: Postdienste (77,1 Arbeitsunfälle je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder), Abfallwirtschaft (80,3 je 1.000), Holzgewerbe (78,4 je 1.000), Baugewerbe (76,7 je 1.000). Mitarbeiter in der Land- und Forstwirtschaft, die im Winter weniger im Freien eingesetzt werden, haben dagegen mit 64,8 Arbeitsunfällen pro 1.000 Pflichtmitglieder schon erheblich geringere Unfallohäufigkeiten.

Im Anschluss an die ICD-Systematik werden Arbeitsunfähigkeiten, die als Folge eines Unfalls oder einer Vergiftung auftreten, zu 93,2% der Obergruppe „Verletzungen und Vergiftungen“ zugeordnet, die restlichen Krankheitsfolgen aus Unfällen verteilen sich auf andere

Diagramm 3.10**Arbeitsunfälle nach Wirtschaftsgruppen**

je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder – Bundesgebiet

ICD-Hauptgruppen wie Muskel- und Skeletterkrankungen oder Krankheiten des Nervensystems u.a. Der größte Teil der aus Arbeitsunfällen resultierenden Verletzungsarten konzentriert sich auf fünf Verletzungsgruppen nach Körperregionen, die in *Tabelle 3.11* wiedergegeben sind. Auf diese Gruppen entfielen 68,7% der Fälle mit Verletzungsfolgen (21,6 Fälle je 1.000 Pflichtmitglieder) und 66,9% der hiermit verbundenen Ausfalltage (436 Tage je 1.000 Pflichtmitglieder). Bei Männern entfielen 21,3% der Verletzungsfälle bei der Arbeit und

20,1% der resultierenden Ausfalltage auf Hand- und Handgelenksverletzungen, bei Frauen war dieser Anteil mit 15,9% der Fälle und 13,5% der Tage geringer. Mit 18,4% der Fälle waren bei Männern auch Verletzungen am Rumpf oder anderen Körperregionen stärker verbreitet, allerdings mit weniger Krankheitstagen (14,8%). Frauen erlitten eher Verletzungen am Knöchel oder am Fuß, die bei ihnen 15,5% der Fälle und 14,6% der Tage verursachten. Auch Verletzungen am Knie bzw. Unterschenkel waren bei Frauen mit 12,2% der Fälle und 18,6%

der Ausfalltage stärker am Verletzungsgeschehen durch Arbeitsunfälle beteiligt. Auf diese entfielen bei Männern nur 10,1% der Fälle und 15,4% der Tage. Kopfverletzungen als weitere häufige Verletzungsart machten schließlich bei Männern 7,0% und bei Frauen 8,3% der Fälle sowie 4,5 bzw. 5,3% der Tage aus. Insgesamt hat sich die Verteilung der Verletzungen gegenüber 2009 nicht wesentlich verändert. Die branchenspezifischen Verteilungen der Verletzungsarten bei Arbeitsunfällen sind der *Tabelle 5 im Anhang* zu entnehmen.

Tabelle 3.11

Die häufigsten Verletzungen

Verletzungsarten	Fälle je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder			Tage je 1.000 beschäftigte Pflichtmitglieder		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	9,0	3,1	6,2	179,0	51,5	119,0
Verletzungen n.n.b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o.a. Körperregionen	7,8	2,7	5,4	131,8	41,1	89,2
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	5,5	3,0	4,3	122,4	55,8	91,1
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	4,3	2,4	3,4	137,5	70,8	106,1
Verletzungen des Kopfes	3,0	1,6	2,3	40,5	20,0	30,9
Zusammen	29,5	12,7	21,6	611,1	239,1	436,2

Verletzungsarten	Anteile an allen Arbeitsunfällen in %			Anteile an allen Fehltagen durch Arbeitsunfälle in %		
	Männer	Frauen	insgesamt	Männer	Frauen	insgesamt
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	21,3	15,9	19,8	20,1	13,5	18,3
Verletzungen n.n.b. Teile des Rumpfes, der Extremitäten o.a. Körperregionen	18,4	13,9	17,1	14,8	10,8	13,7
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	13,1	15,5	13,8	13,7	14,6	14,0
Verletzungen des Knies und des Unterschenkel	10,1	12,2	10,7	15,4	18,6	16,3
Verletzungen des Kopfes	7,0	8,3	7,4	4,5	5,3	4,7
Zusammen	70,0	65,7	68,7	68,5	62,8	66,9

3.3.2 Berufsspezifische Morbiditätsprofile

Wie die Darstellung der Morbiditätsstrukturen für eine Reihe ausgewählter Berufsgruppen mit besonders hohen oder besonders niedrigen AU-Raten (Diagramme 3.11 und 3.12) zeigt, besteht auch auf der Ebene der Berufe eine ausgeprägte Parallelität zwischen hohen allgemeinen Krankenständen und hohen Fehltagen durch Muskel- und Skeletterkrankungen. Ein ähnlich dominierender Einfluss lässt sich bei keiner anderen Erkrankungsgruppe feststellen. In den meisten Berufsgruppen, die durch hohe Fehlzeiten auffallen, wurden 2010 ein

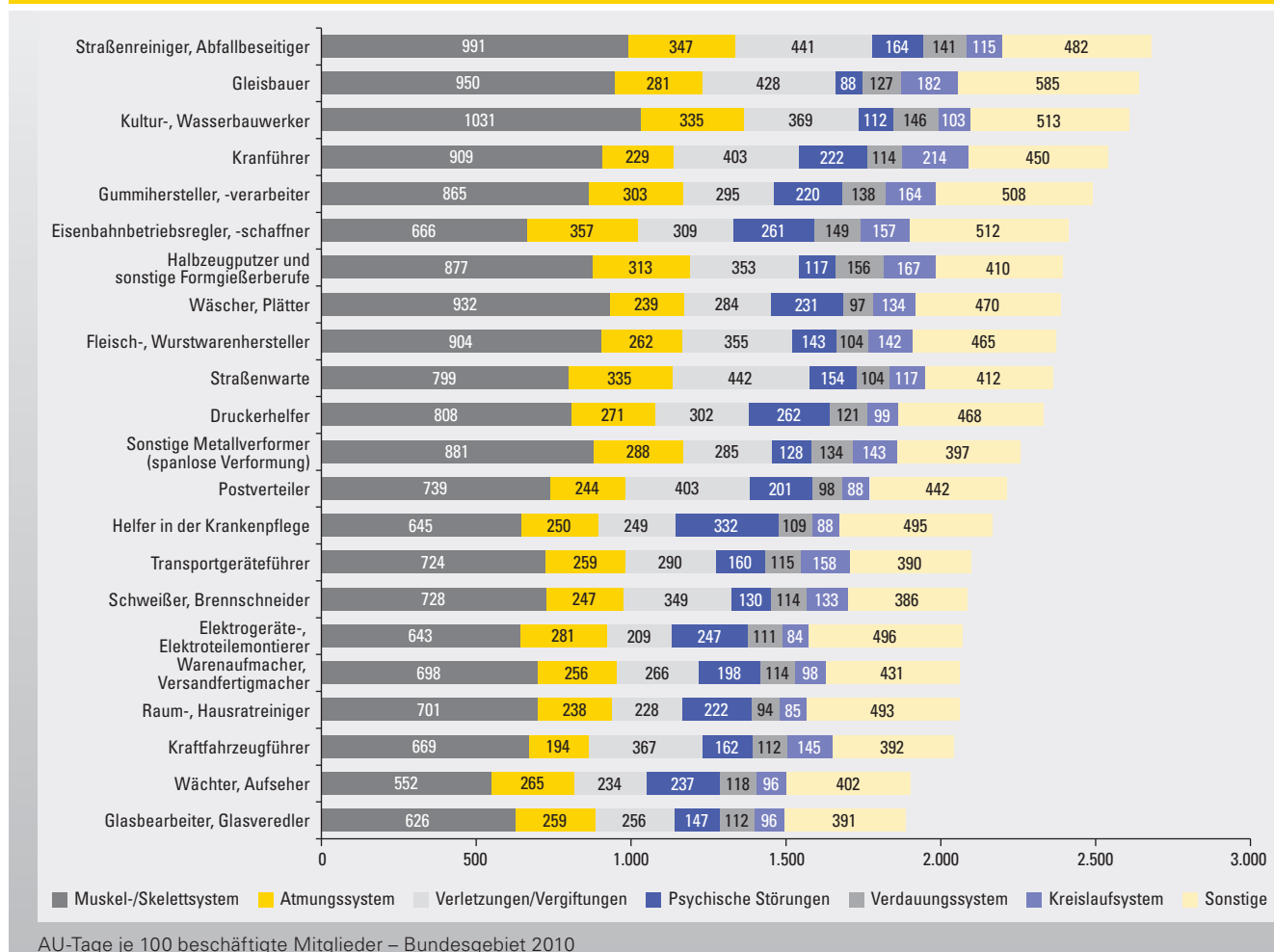
Drittel und mehr der Fehltagen durch diese Erkrankungsart verursacht. Bei Straßenreinigern und Abfallbeseitigern entfielen 9,9 AU-Tage je beschäftigtes Mitglied allein auf Erkrankungen der Muskeln oder des Skeletts und verursachten hier 36,9% der Fehltagen. Ähnlich hohe Bedeutung haben muskuloskeletale Erkrankungen bei den kleineren Gruppen der Fleischer (38,1%), Wäscher und sonstigen Metallverformer (je 39,0%) sowie Kultur- und Wasserbauwerker (39,5%). Dagegen erkrankten Akademiker hieran im Schnitt zumeist weniger als einen Tag

im Jahr, der Anteil von Fehltagen durch diese Erkrankungsgruppe war bei Apothekern mit unter zehn Prozent besonders gering.

Ähnlich große Unterschiede zwischen den Berufsgruppen lassen sich auch bei den Verletzungen ausmachen, die in besonders gefährdeten Berufen eine ebenfalls herausragende Rolle spielen. So verursachten sie 2010 bei Straßenwarten, Straßenreinigern, Gleisbauern, Kranführern und Postverteilern jeweils über vier Fehltagen je Beschäftigten.

Diagramm 3.11

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten – Berufe mit den meisten AU-Tagen



Neben den bislang genannten Erkrankungsarten spielen in allen Berufen auch Atemwegserkrankungen eine bedeutende Rolle. Insbesondere bei den Berufen, die ansonsten durch geringe Krankheitsstände gekennzeichnet sind, ist der Anteil von Atemwegserkrankungen an den Fehltagen vergleichsweise hoch. So beträgt er bei Naturwissenschaftlern und Hochschullehrern jeweils rund 24 %, dies geht aber mit einem insgesamt sehr geringen Krankheitsausfall von weniger als einem AU-Tag je Beschäftigten im Jahr einher. Absolut lagen die Werte damit

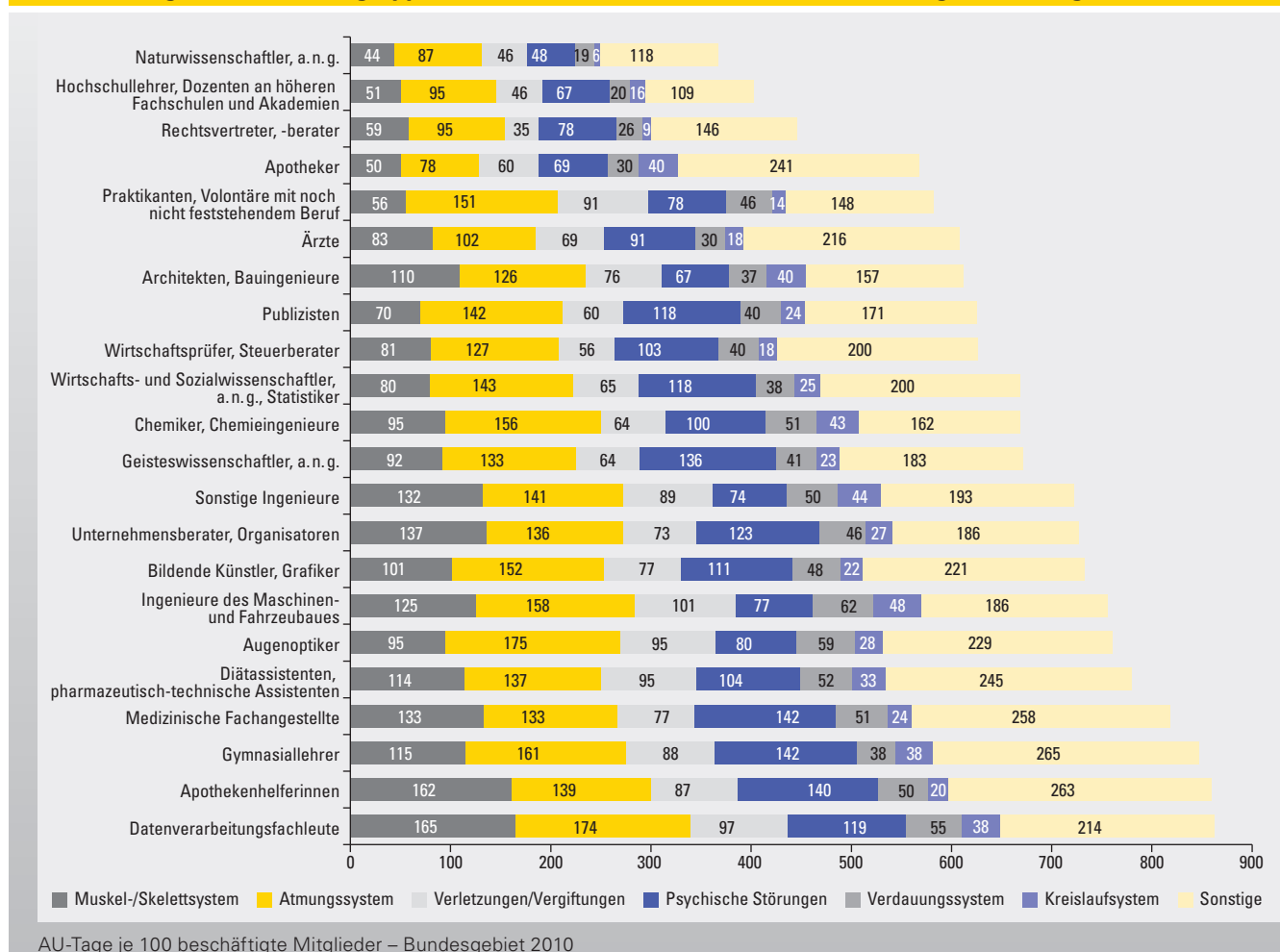
weit unter denen, die sich in gesundheitlich belasteten Berufsgruppen zeigen. So entfielen bei Straßenwarten 3,4 und bei Eisenbahnbetriebsreglern 3,6 AU-Tage auf Erkrankungen des Atmungssystems und verursachten dort 14 bis 15 % der krankheitsbedingten Ausfallzeiten.

Einen zunehmenden Einfluss auf das Erkrankungsgeschehen üben – wie schon zuvor dargelegt – die psychischen Störungen aus. Sie liegen mittlerweile, gemessen an den durch sie verursachten Fehltagen, im Schnitt an vierter Stelle.

Bei Helfer(inne)n in der Krankenpflege stehen diese Krankheitsursachen mit 3,3 AU-Tagen und einem Anteil von 15,3 % sogar an zweiter Stelle. Nach Krankheitsanteilen haben psychische Störungen zudem in vielen Dienstleistungsberufen mit hohem Akademikeranteil ein deutliches Gewicht mit Anteilen zwischen 15 bis über 20 %, wenn auch mit „nur“ geringen Fehlzeiten von 0,7 bis 1,4 AU-Tagen bei auch insgesamt geringen Fehlzeiten in dieser Gruppe.

Diagramm 3.12

Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen und Krankheitsarten – Berufe mit den niedrigsten AU-Tagen



Zukunft der Arbeit

Arbeit und Gesundheit



Arbeit und Gesundheit

Hans Martin Hasselhorn und Hermann Burr
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Berlin

Die künftige wirtschaftliche und soziale Entwicklung in Deutschland hängt maßgeblich von der Gesundheit der (künftigen) älteren Erwerbsbevölkerung ab. Die Frage ist, wie es mit der Gesundheit in der Erwerbsbevölkerung heute bestellt ist und wie sie sich weiter entwickeln wird.

Ein bedeutender Einflussfaktor auf die Gesundheit ist die Arbeitswelt. Ergebnisse skandinavischer Studien legen nahe, dass etwa jeder zehnte Krankheitsfall bei Erwerbstätigen maßgeblich auf deren Arbeitstätigkeit zurückzuführen ist – besonders häufig ist dies bei Herz-Kreislauf-Krankheiten der Fall. Umgekehrt kann Arbeit auch einen positiven Einfluss auf die individuelle Gesundheit haben. Gemäß dem iga-Barometer 2010, einer repräsentativen telefonischen Befragung von ca. 2.000 Erwerbstätigen, stimmen 86% der Frauen und 77% der Männer der Aussage „Meine Arbeit hält mich fit“ zu (Friedrichs et al. 2011). Arbeit und Gesundheit stellen also ein Wechselspiel dar, mit positiven und negativen gegenseitigen Einflüssen.

Nun befindet sich hierzulande sowohl die Arbeit als auch die Erwerbsbevölkerung im Wandel. Begriffe wie Informatisierung und Entgrenzung stehen für den Wandel des Arbeitsinhalts und der Arbeitsorganisation. Auch die Rahmenbedingungen der Arbeit unterliegen einem Wandel, globale Wirtschaftsentwicklungen können binnen kurzer Zeit einen direkten Einfluss auf die Arbeitsanforderungen der Erwerbstätigen haben. Gleichzeitig verändert sich die Erwerbsbevölkerung in ihrer Zusammensetzung, Anzahl und Anteil der Frauen

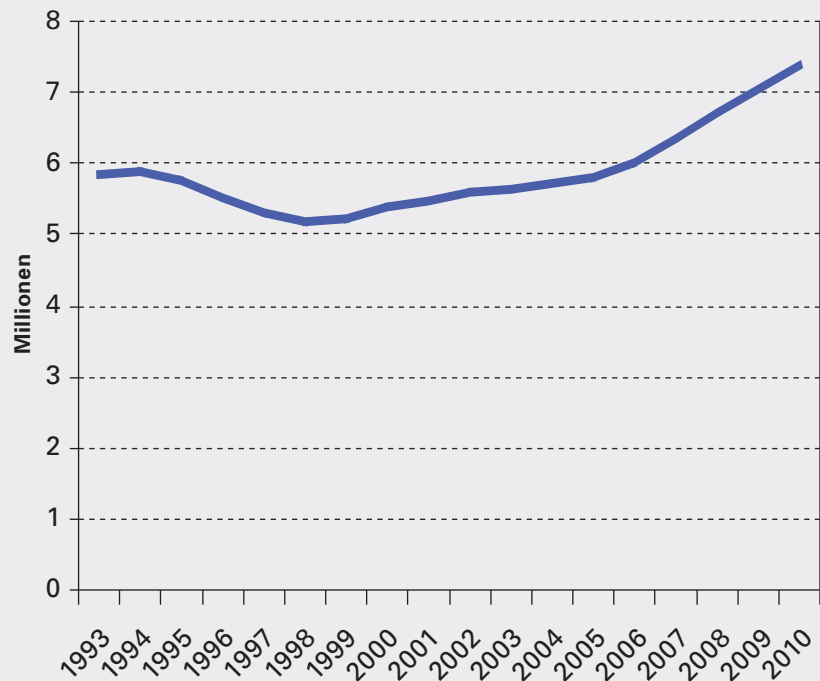
nehmen zu (Quelle: Berufe im Spiegel der Statistik, IAB, <http://bisds.infosys.iab.de>) und die Erwerbsteilhabe Älterer steigt: Seit 2007 nimmt die Zahl älterer (ab 50 Lebensjahre) sozialversichert Beschäftigter mit über 300.000 Personen jährlich deutlich zu (Abbildung 1). Diese Gruppe machte im Jahr 2010 bereits 28,4% aller sozialversichert Beschäftigten aus (Quelle: Berufe im Spiegel der Statistik, IAB, pers. Mitteilung). Damit einhergehend wird – aus heutiger Sicht – bald auch der Anteil der Beschäftigten

mit Krankheit und Behinderung ansteigen.

In diesem Beitrag möchten wir mit Hilfe aktueller Daten den Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung in Deutschland beschreiben, hierbei vergleichen wir Angehörige verschiedener Erwerbsgruppen. Anschließend betrachten wir den Gesundheitszustand verschiedener Altersgruppen ausgewählter Berufe und diskutieren anhand dessen das Wechselspiel von Arbeit, Alter und Gesundheit.

Abbildung 1

Anzahl sozialversichert Beschäftigter im Alter von 50 Jahren und darüber in Deutschland von 1993 bis 2010



Quelle: Berufe im Spiegel der Statistik, IAB, pers. Mitteilung



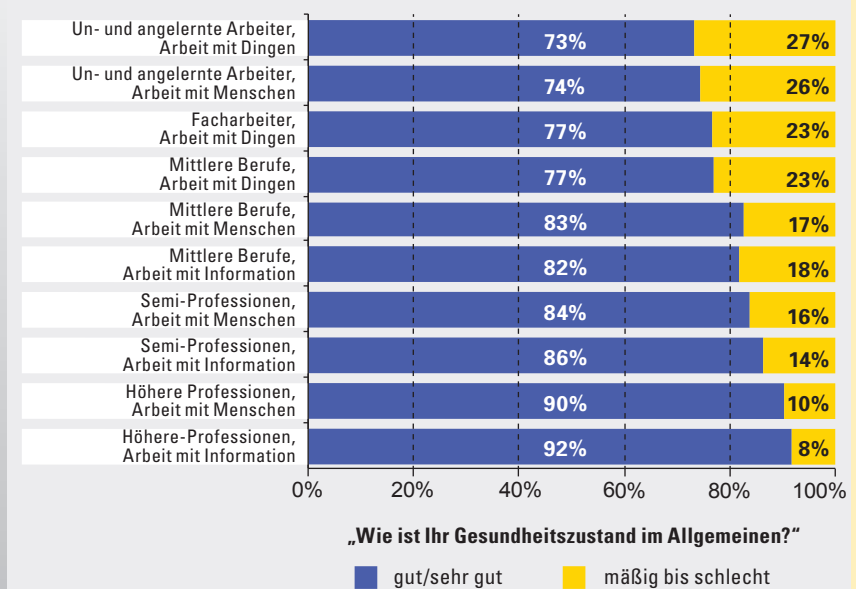
Subjektive Beurteilung der Gesundheit

Will man den Gesundheitszustand einer Gruppe – hier der Erwerbsbevölkerung – beschreiben, so kann man auf objektivere Gesundheitsindikatoren zurückgreifen, wie zum Beispiel die Lebenserwartung oder auf die gegenwärtige Anzahl ärztlich diagnostizierter Krankheiten. Diese spiegeln in aller Regel die Folgen längerer, nicht selten Jahre und Jahrzehnte zurückliegender Belastungen wider. Ein erweitertes Verständnis von Gesundheit schließt auch die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit und des Wohlbefindens mit ein. Damit werden andere Aspekte der Gesundheit beleuchtet. So ist die Antwort auf die Frage „Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?“ ein Spiegel auch der näher zurückliegenden Belastungen, beispielsweise der Arbeitsbelastungen des zurückliegenden Jahres. Epidemiologische Studien haben gezeigt, dass die Antwort auf diese kurze Frage einen höheren Vorhersagewert für künftige manifeste Krankheit und Sterblichkeit hat als andere, objektivere Erhebungsformen von Gesundheit (Wurm/Lampert/Menning 2009, Bjørner et al. 1996).

Wenn dem so ist, dann sieht es mit der gegenwärtigen und künftigen Gesundheit in der deutschen Erwerbsbevölkerung recht gut aus: Im Jahr 2009 haben bei einer großen repräsentativen Telefonumfrage des Robert Koch-Instituts 81 % der erwerbstätigen Teilnehmer ihre Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ bezeichnet (Befragung GEDA09, RKI, eigene Analysen). Um die subjektive Gesundheit der Erwerbstätigen differen-

Abbildung 2

Selbst berichtete Gesundheit bei verschiedenen Erwerbsgruppen



Quelle: GEDA09 Befragung des RKI, N = 10.695, entspricht hochgerechnet 29,5 Mio. Erwerbstätigen in Deutschland, eigene Auswertungen

zierter betrachten zu können, haben wir die Teilnehmer der Befragung in wenige, aber gut voneinander unterscheidende Gruppen eingeteilt. Hierzu klassifizierten wir die Erwerbstätigen einerseits nach ihrem Qualifikationsniveau (von Un-/Angelernten bis zu höheren Professionen; in Anlehnung an Müller et al. 2007) und andererseits nach dem Hauptgegenstand ihrer Tätigkeit, nämlich Arbeit mit Gegenständen (manuelle Tätigkeiten, Handwerker, körperliche Dienstleistungen), Arbeit mit Menschen (Klienten und Kunden) und Arbeit mit Informationen (z.B. Verwaltung, Wissenschaft) (in An-

lehnung an Ortega et al. 2009). Unsere Einteilung zeigt das Erwartete, nämlich dass es hier substantielle Unterschiede zwischen Angehörigen verschiedener Tätigkeitsgruppen gibt. Der höchste Anteil an Personen mit guter Gesundheit, nämlich 92%, findet sich demnach bei den Angehörigen sogenannter „höherer Professionen“, die vornehmlich mit Wissensbearbeitung tätig sind, wie Ingenieure und Juristen. Den niedrigsten Anteil Gesunder fanden wir dagegen bei den manuell tätigen un- und angelernten Arbeitern, dort lag er bei lediglich 73% (Abbildung 2).

Körperliche und psychische Gesundheit in der Erwerbsbevölkerung

Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage werden hierzulande durch körperliche Leiden verursacht, insbesondere Muskel-/Skeletterkrankungen, gefolgt von Erkrankungen der Atemwege sowie Verletzungen. Dann folgen – seit Jahren stetig steigend – die psychischen Störungen (BKK Bundesverband 2010). Nun lässt sich die psychische Gesundheit einer Person nicht eindeutig von deren körperlicher Gesundheit trennen, gleichwohl stellen psychische und körperliche Gesundheit unterschiedliche Facetten der eigenen Gesundheit dar. Der Datensatz der GEDA09-Befragung erlaubt es, diese beiden Facetten der (subjektiven) Gesundheit zu

untersuchen. Hier wurden die folgenden Fragen gestellt:

Wenn Sie an ihre körperliche Gesundheit denken – dazu zählen körperliche Krankheiten und Verletzungen – an wie vielen Tagen in den letzten vier Wochen ging es Ihnen dann wegen Ihrer körperlichen Gesundheit nicht gut?

Wenn Sie an Ihr seelisches Befinden denken – dazu zählen auch Stress, Depressionen oder Ihre Stimmung – ganz allgemein, an wie vielen Tagen in den letzten vier Wochen ging es Ihnen dann wegen Ihres seelischen Befindens nicht gut?

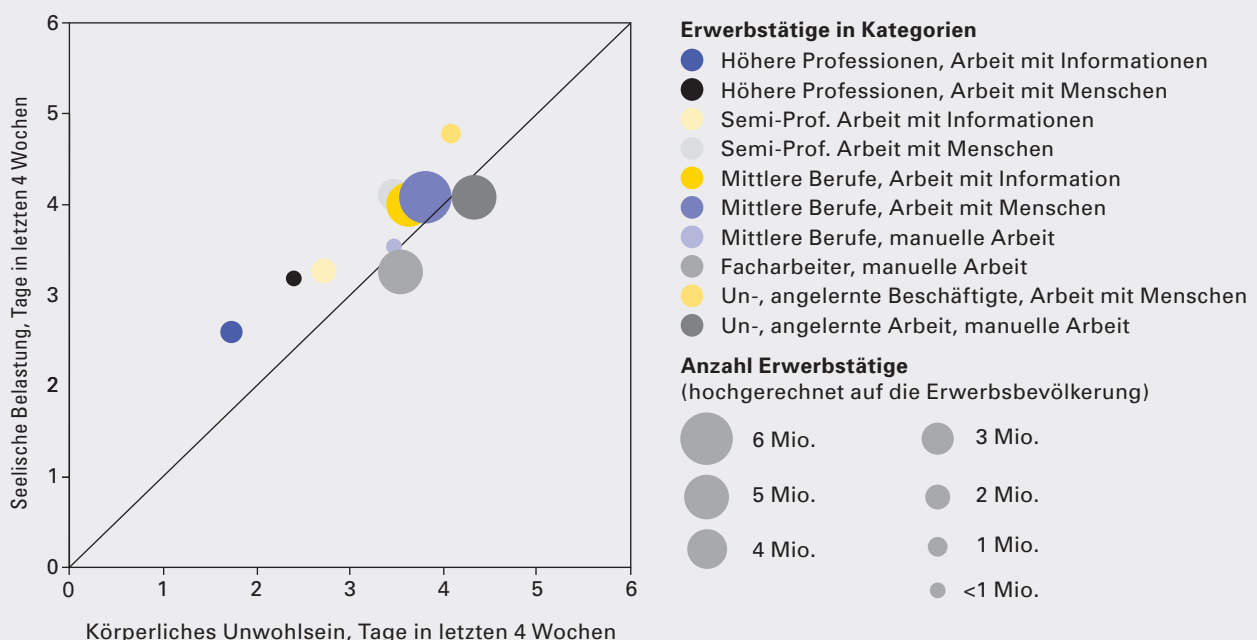
In *Abbildung 3* stellen wir für die obigen Tätigkeitsgruppen deren mittlere Anzahl der Tage seelischer Belastung

(Y-Achse, nach oben) und die Anzahl der Tage körperlichen Unwohlseins (X-Achse, nach rechts) dar. Gruppen, die auf der Diagonale liegen (z.B. mittlere Berufe, manuelle Arbeit: z.B. Postsortierer, -zusteller, Lagerverwalter), weisen im Mittel gleich hohe Werte für seelische und körperliche Belastung auf. Je weiter ein Punkt links von der Diagonale entfernt ist, desto mehr dominiert bei der entsprechenden Gruppe die seelische Belastung, und dementsprechend rechts die körperliche Belastung. Die Größe der Kreise gibt dabei die (hochgerechnete) Größe der Gruppen in der Erwerbsbevölkerung in Deutschland wieder.

Abbildung 3 zeigt erneut die teilweise sehr großen Unterschiede zwischen verschiedenen Tätigkeitsgruppen, in diesem Fall bezüglich subjektiver seelischer wie

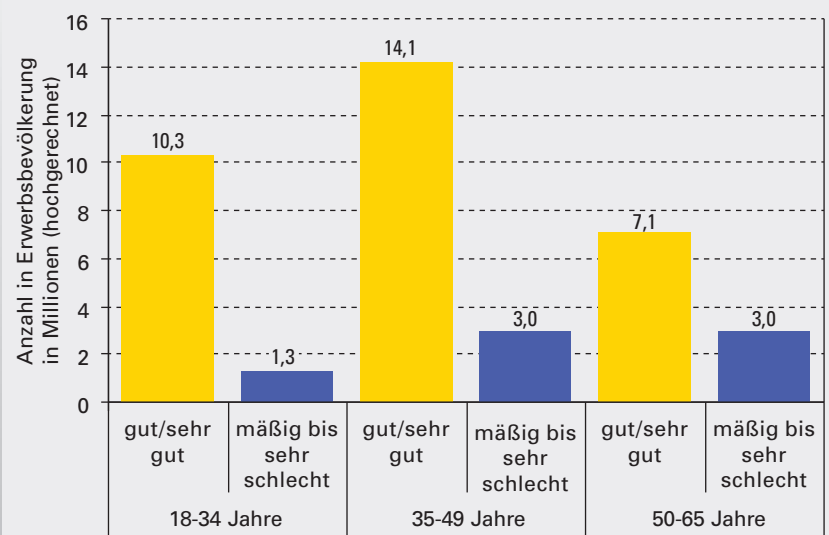
Abbildung 3

Erwerbsgruppen nach körperlicher und psychischer Beanspruchung; die Größe der Kreise steht für die Anzahl der Erwerbstätigen der Berufsgruppe



**Abbildung 4**

Anzahl Erwerbstätiger mit „guter/sehr guter“ vs. „mäßig bis sehr schlechter“ selbst berichteter Gesundheit nach Altersgruppe



Quelle: Werte aus GEDA09, RKI, N = 13.140, gewichtet und auf Gesamtbevölkerung hochgerechnet, eigene Berechnungen

auch körperlicher Krankheitslast. Angehörige der höheren Professionen (vor allem Wissensarbeit: Wissenschaftler, Ingenieure, Architekten) schneiden am günstigsten ab. Dagegen berichten die un- und angelernten Arbeiter mit manuellen Tätigkeiten (z.B. Reinigungskräfte, Lkw-Fahrer) die meisten Tage mit körperlichen Beschwerden und un- und angelernte Arbeiter, die mit Menschen arbeiten (Taxifahrer, Busfahrer, Bedienungspersonal), die meisten Tage mit seelischer Belastung. Insgesamt ist das Verteilungsmuster bei Männern und Frauen sehr ähnlich (nicht dargestellt). Das Verteilungsmuster hat verschiedene Erklärungen: Einerseits bestätigen sich die bereits bekannten Gesundheitseinflüsse der sozialen Stellung (Robert Koch-Institut 2005), andererseits kann das Muster auf die unterschiedlich förderliche und schädigende Wirkung ihrer Arbeitsinhalte zurückgeführt werden, hier die Arbeit mit Dingen, Menschen und Informationen.

Ein Teil der abgebildeten Krankheitslast muss allerdings auch mit dem Anteil an älteren Erwerbstätigen erklärt werden, die erwartungsgemäß einen Großteil der Krankheitslast der Erwerbsbevölkerung tragen. Bei den älteren erwerbstätigen Befragten der GEDA09-Befragung gaben 30% eine lediglich mäßige bis schlechte Gesundheit an, während dies bei den Angehörigen der jüngsten Gruppe lediglich 11% waren (Abbildung 4). Das Muster „jung = gesund, alt = krank“ gilt allerdings nicht grundsätzlich in der Erwerbsbevölkerung. Dies zeigt *Abbildung 5* exemplarisch an ei-

nigen Berufsgruppen. Sie eignet sich gut, um den Zusammenhang von Arbeit, Alter und Gesundheit, so wie er sich derzeit in der Erwerbsbevölkerung in Deutschland darstellt, differenzierter zu betrachten.

Beim Reinigungs- und Entsorgungspersonal fanden wir eine Zunahme der körperlichen Beanspruchung mit zunehmendem Alter. Die Jüngeren (bis 34 Jahre) berichteten im Mittel ca. 1,6 Tage körperliches Unwohlsein in den letzten

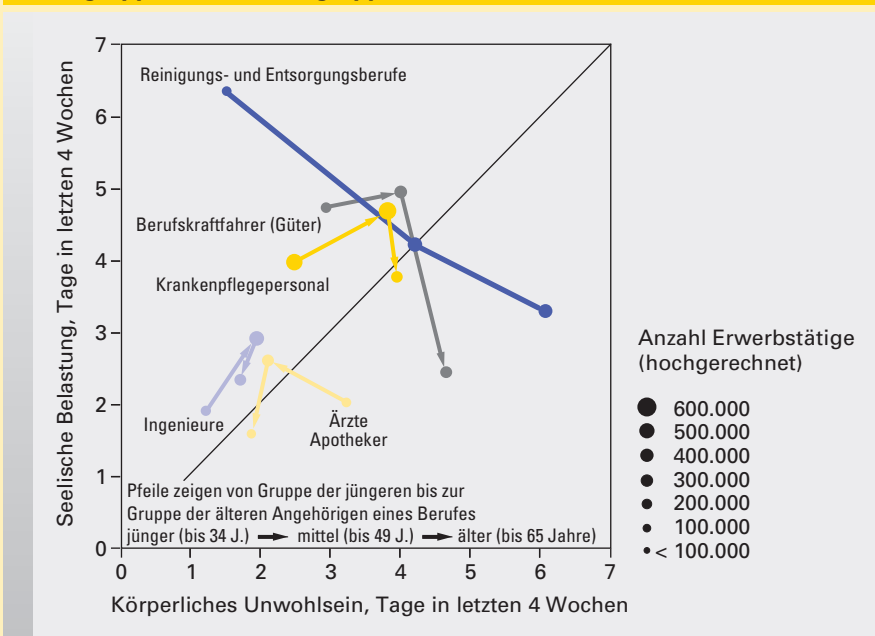
vier Wochen, die mittlere Altersgruppe (bis 49 Jahre) 4,2 Tage und die Älteren (ab 50 Jahre) sechs Tage. Ein solches Muster entspricht den allgemeinen Erwartungen. Es ist allerdings nicht überall so, dass in einer Berufsgruppe die Gruppe der älteren Erwerbstätigen auch die schlechteste körperliche Gesundheit aufweist. Schon beim Pflegepersonal berichteten die Älteren lediglich ebenso viele Tage körperlichen Unwohlseins wie die Gruppe mittleren Alters. Wie an der Größe der Kreise erkennbar, war die

Gruppe der Älteren deutlich kleiner als die beiden anderen. Dies weist auf einen „Healthy Worker Effekt“ hin: Pflegepersonal mit gesundheitlichen Einschränkungen verlässt nach Möglichkeit den Beruf vorzeitig, so dass eher die Leistungstärkeren übrig bleiben. Noch anders bei den Ärzten: Hier berichtete die Gruppe der Älteren deutlich weniger körperliches Unwohlsein als die Jüngeren. Dies ist nicht unerwartet, da Ärzte (wie auch Ingenieure) einer hohen sozioökonomischen Berufsgruppe angehören, die grundsätzlich über eine bessere Gesundheit verfügt (s. *Abbildung 2*). Hier wird daher nicht der Alterseffekt einer abnehmenden Gesundheit im Erwerbsalter sichtbar, sondern möglicherweise der entlastende Effekt besserer Arbeitsbedingungen für ältere Ärzte (z.B. weniger Nacht- und Schichtdienste, Selbstständigkeit, zunehmende Leitungs- und Beratungsaufgaben).

Bezüglich der seelischen Belastung ist auffällig, dass sie oft in den mittleren Altersgruppen am höchsten sind, bei den meisten Berufsgruppen wies diese Gruppe die höchsten durchschnittlichen Tage seelischer Belastung an. Dies ist auch aus anderen Studien bekannt und könnte beispielsweise auf familiäre Mehrfachbelastung zurückzuführen sein, aber auch mit der in diesem Zeitraum steigenden beruflichen Verantwortung. Ein abweichendes Muster finden wir bei einfachen manuellen Tätigkeiten (Reinigung und Entsorgung sowie Hotel- und Gaststättenberufe – hier nicht dargestellt), bei denen die seelische Belastung bereits in der jüngsten Altersgruppe sehr hoch ist. Möglicherweise handelt es sich hier eher um Angehörige sozial (und damit oft auch gesundheitlich) benachteiligter Gruppen, die bereits in jungen Jahren einfache Servicetätigkeiten ergreifen (müssen).

Abbildung 5

Mittlere Anzahl Tage mit körperlichem Unwohlsein und seelischer Belastung (während der letzten 4 Wochen) bei Angehörigen ausgewählter Berufsgruppen nach Altersgruppe



Kohortenstudien erlauben den Blick nach vorn

Die oben wiedergegebenen Zahlen erlauben einen Querschnittsblick auf die gegenwärtige Lage von Arbeit und Gesundheit in unserer älter werdenden Erwerbsbevölkerung. Die entscheidende Frage wird aber sein, wie sich die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung künftig entwickeln wird. Einige Trends sind absehbar: die Abnahme der Anzahl der Erwerbstätigen, die relative und absolute Zunahme der Älteren in der Erwerbsbevölkerung, der Rückgang des vorzeitigen

Erwerbsausstiegs und eine weitere Verschiebung der Wirtschaftsbranchen hin zu noch mehr Dienstleistungstätigkeiten. Um allerdings zu verstehen, wie körperliche, psychische und mentale Anforderungen auf Erwerbstätige verschiedenen Alters wirken, benötigen wir umfassende Längsschnittstudien der deutschen Erwerbsbevölkerung, die Arbeit, Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation der Erwerbstätigen erfassen. Beispiele für solche Studien gibt es in Europa. So verfolgt man in Dänemark seit 1990 mit der Danish Work Environment Cohort Study inzwischen über 10.000 Erwerbstätige. Aufgrund dieser Studie hat

sich beispielsweise gezeigt, dass soziale Unterschiede bezüglich der Gesundheit nicht nur auf den Lebensstil zurückzuführen sind, sondern in gleichem Maß auch auf Arbeitsfaktoren wie schwere Arbeit (Borg/Kristensen 2000; Christensen et al. 2008). In Europa gibt es inzwischen zahlreiche weitere Kohortenstudien zu Arbeit und Gesundheit, wie z.B. die finnische HeSSup-Studie (Health and Social Support), die niederländische POLS (Permanent Onderzoek Leefsituatie) und

die schwedische SLOSH-Studie (Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health), die alle repräsentativ für die Erwerbsbevölkerung ihrer Länder sind.

In Deutschland untersucht seit Kurzem ein Konsortium von wissenschaftlichen Einrichtungen prospektiv den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit bei älteren Erwerbstätigen in einer repräsentativen Kohortenstudie, der lidA-Studie („leben in der Arbeit“). Gegen-

wärtig läuft die erste von vier geplanten Erhebungswellen, die im Abstand von drei Jahren erfolgen sollen. lidA wird in einigen Jahren darüber Auskunft geben, welchen Einfluss die Arbeit auf die Gesundheit älterer Beschäftigter hat und umgekehrt. Insbesondere wird lidA – aufgrund ihres speziellen Designs – eine vorsichtige Abschätzung der künftigen Entwicklung von Arbeit und Gesundheit in einer älter werdenden Erwerbsbevölkerung erlauben.

Literatur

BJØRNER, J. B. ET AL. (1996): Self-rated health: A central concept in research, pre-vention and clinical medicine. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research, pp. 1–144

BKK BUNDESVERBAND (Hg.) (2009): BKK Gesundheitsreport 2010: Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. Essen. Auch unter: (http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/BKK_Gesundheitsreport_2010.pdf [Internet])

BORG, V./KRISTENSEN, T. S. (2000): Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? In: Social Science & Medicine, 51, pp. 1019–1030

CHRISTENSEN, K. B. ET AL. (2008): Explaining the social gradient in long-term sickness absence: a prospective study of Danish employees. In: Journal of Epidemiology & Community Health, 62, pp.181–183

FRIEDRICHS, M. ET AL. (2011): iga-Barometer 3. Welle 2010: Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zum Gesundheitsverhalten, zum subjektiven Gesundheitszustand und zu der Zusammenarbeit in altersgemischten Teams. Hg. vom AOK-Bundesverband et al. iga-Report 21. Berlin

MÜLLER, W. ET AL. (2007): Entwicklung einer Europäischen Sozioökonomischen Klassifikation. In: Wirtschaft und Statistik, 5, S. 527–530

ORTEGA, A. ET AL. (2009): Prevalence of workplace bullying and risk groups: a representative population study. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, 82, 3, pp. 417–426

ROBERT KOCH-INSTITUT (RKI) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. (http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=12450&p_sprache=d&p_uid=gastg&p_aid=48585992&p_lfd_nr=4) [Internet]

WURM, S./LAMPERT, T./MENNING, S. (2009): Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K./Tesch-Römer, C./Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin

Stress und Mehrfachbelastung – Pflegende Angehörige werden besonders häufig krank

Franz Billinger
Siemens-Betriebskrankenkasse

„Pflegende Angehörige stehen unter einer höheren Belastung als Menschen, die niemanden zu Hause pflegen. Sie sind ständig unter Stress, müssen viele Dinge gleichzeitig erledigen und verlieren ihre sozialen Kontakte, weil sie das Haus oder die Wohnung kaum oder nur mit Gewissensbissen verlassen können.“ Dies ist die gängige Aussage über die Situation pflegender Angehöriger in Deutschland, und so wird das Thema zu Recht in Verbänden oder Selbsthilfegruppen, in Politik und Gesellschaft diskutiert. Aber lässt sich diese hohe Belastung auch mit Zahlen untermauern? Gibt es Hinweise darauf, dass pflegende Angehörige tatsächlich häufiger oder länger krank sind als andere Menschen? Die Siemens-Betriebskrankenkasse SBK ist anlässlich des „Pflegejahres 2011“ diesen Fragen nachgegangen und hat 2011 eine eigene Kampagne, die „Themenwochen Pflege“, ins Leben gerufen.

Pflege wird außerhalb der Fachwelt nur in geringem Umfang mit dem häuslichen Umfeld in Verbindung gebracht, eher schon mit Pflegeheimen oder der ambulanten Betreuung des alleinstehenden Seniors oder der Seniorin. Dazu haben auch Medienberichte über das Auseinanderbrechen traditioneller Familienstrukturen und die Reduktion auf die Kernfamilie Vater-Mutter-Kind beigetragen. In Wahrheit werden aber 70 % der pflegebedürftigen Menschen zu Hause gepflegt, und fast immer spielt ein Angehöriger eine tragende Rolle bei der Pflege. Das belegen Zahlen des europäischen Forschungsprojekts EUROFAMCARE. Danach sind zwei Drittel dieser pflegenden Angehörigen selbst noch im erwerbsfähigen Alter, meist handelt es sich um jüngere Ehepartner, Kinder oder Enkelkinder der Pflegebedürftigen. Und die Pflege eines Angehörigen ist immer noch überwiegend Frauensache: 75 %

aller pflegenden Angehörigen sind weiblich; es sind vor allem die Ehefrauen, die meist eigentlich ebenfalls Pflege benötigen, oder die Töchter bzw. Schwiegertöchter. Gerade für letztere ist die Belastung allein durch den hohen Zeitaufwand für den Beruf enorm: Tatsächlich gehen mehr als 20 % der Angehörigen neben der Pflege noch arbeiten, knapp die Hälfte davon Vollzeit. Dabei stellt die Pflege selbst für die meisten Angehörigen eine 40-Stunden-Woche dar, ohne „Garantie auf Freizeit“ – immerhin lebt über die Hälfte der Pflegenden mit ihrer oder ihrem pflegebedürftigen Angehörigen unter einem Dach und ist damit rund um die Uhr für sie oder ihn da.

Macht diese hohe Belastung krank und lässt sich ein Unterschied zu Nicht-Pflegenden messen? Eine Analyse der SBK weist tatsächlich in diese Richtung: Die Angehörigen Pflegebedürftiger sind häufiger krank, gehen öfter zum Arzt und brauchen mehr Medikamente. Burn-out und Depression spielen dabei eine besondere Rolle – die Betroffenen fühlen sich im häuslichen Umfeld und in ihrer besonderen Situation eingeengt.

Für ihre Analyse verglich die SBK Daten von 700 pflegenden Angehörigen aus dem Kreis der eigenen Versicherten im Alter zwischen 31 und 60 Jahren mit denen der gleichen Altersgruppe aus allen Versicherten der SBK. Dabei griff man auf den Datenbestand aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) aus dem Jahr 2009 zu. Im Rahmen des Morbi-RSA werden Diagnosen aus 80 Krankheitsgruppen erfasst und für die Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds statistisch aufbereitet. Die Daten eignen sich insofern für diese Analyse, weil hier nur chronische Krankheiten erfasst werden (die Versicherten müssen in zwei

Quartalen mit der gleichen Diagnose einen Arzt konsultiert haben) und damit z.B. Verletzungen aus Unfallgeschehen außen vor bleiben.

Der Vergleich erfolgte hinsichtlich der durchschnittlichen Zahl festgestellter Diagnosen sowie der Leistungsausgaben je Versicherten. Die Leistungsausgaben wurden gewählt, weil sie Rückschlüsse auf Dauer und Intensität von Erkrankungen und Therapien zulassen und damit auf den Gesundheitszustand der Betroffenen. Weitere Datenquellen wurden dafür nicht herangezogen, zudem wurde für diese Analyse auf eine Befragung von Angehörigen verzichtet.

Obwohl nur wenige, aber sicherlich relevante Zahlen ausgewertet wurden, ist das Ergebnis der Analyse eindeutig ausgefallen: Hinsichtlich der Zahl chronischer und schwerwiegender Krankheiten pro Person sind pflegende Angehörige deutlich kränker als der Durchschnitt. Die Zahl der entsprechenden Diagnosen liegt um bis zu 51 % über dem Mittelwert aller SBK-Versicherten aus diesen Altersgruppen. Pflegende Angehörige gehen mit 29 % fast ein Drittel häufiger zum Arzt. Sie benötigen außerdem eine intensivere Behandlung und Betreuung, brauchen in der ambulanten Versorgung 28 % mehr Medikamente und sogar 70 % mehr Heil- und Hilfsmittel. Die gesamten Leistungsausgaben für pflegende Angehörige liegen 18 % über dem Durchschnitt, wobei der Schwerpunkt auf der ambulanten Behandlung liegt. Während im Durchschnitt aller SBK-Versicherten 1,00 für stationäre Behandlung und 1,85 für ambulante Leistungen pro Versicherten ausgegeben werden, stehen bei den pflegenden Angehörigen dem einen Euro für die stationäre Behandlung sogar 2,43 für ambulante Leistungen gegenüber.



Vergleicht man die Ausgaben für die stationäre Behandlung für sich allein, ergibt sich ebenfalls ein eindeutiges Bild: Die pflegenden Angehörigen haben keine Auffälligkeiten bei den Aufwendungen für stationäre Krankenhausbehandlung, sind also nicht öfter im Krankenhaus, obwohl sie eigentlich kränker sind. Der Rückschluss der SBK-Pflegeexperten: Wenn die Pflegenden mehr ärztliche Betreuung brauchen, aber nicht häufiger ins Krankenhaus müssen – haben sie dann mehr ambulant kurierbare Erkrankungen wie Erkältungen oder Rückenschmerzen? Oder können und wollen sie sich – aus Rücksicht auf ihr pflegebedürftiges Familienmitglied – einfach keinen Krankenhausaufenthalt leisten? Die SBK-Experten vermuteten im Nachgang zur Analyse eher letzteres und wurden später durch die Aussagen Betroffener auf Diskussionsabenden darin bestätigt: Pflegende Angehörige wollen ihr pflegebedürftiges Familienmitglied keinesfalls allein lassen und versuchen daher, so gut es geht, mit einer Erkrankung zurecht zu kommen bzw. diese ambulant auszukurieren.

Noch deutlicher ist der Unterschied bei den jüngeren Versicherten der untersuchten Stichprobe. Pflegende Angehörige im Alter von 30 bis 40 Jahren sind, gemessen an der Zahl der Diagnosen, um 19% kränker als der Durchschnitt aller anderen SBK-Versicherten gleichen Alters. Die Gesamtausgaben für stationäre und ambulante Behandlung liegen bei dieser Gruppe jedoch um 20% unter dem Durchschnitt. Gerade junge pflegende Angehörige gehen also seltener zum Arzt, obwohl sie im Durchschnitt kränker sind. Diese Tatsache bietet Anlass zur Sorge, denn das kann nur auf Kosten der Gesundheit der Pflegenden gehen. Vor allem ist hier künftig noch zu analysieren, ob und in welchem Umfang auch weitere

Familienmitglieder unter der belastenden Situation leiden. Immerhin ist in dieser Altersgruppe die Mehrfachbelastung besonders ausgeprägt, weil häufig noch kleine oder größere Kinder zu versorgen sind. Diese könnten das verminderte zeitliche Budget und den erhöhten Stresslevel ihrer Eltern negativ erleben.

Blickt man auf die wichtigsten Krankheiten der pflegenden Angehörigen, leiden die Betroffenen vermehrt unter Rückenschmerzen sowie Kreislaufbeschwerden und sind infekthanfälliger. Eine große Rolle spielen jedoch auch Burn-out und Depressionen: 17% der pflegenden Angehörigen sind von einer depressiven Episode oder Depression betroffen, also jeder Sechste. Damit kommt die Depression unter pflegenden Angehörigen dreieinhalbmal häufiger vor als im Bundesdurchschnitt, wenn man die Zahlen aus einer Schätzung des Bundesgesundheitsministeriums zum Vergleich heranzieht. Laut der aktuellen Schätzung des Ministeriums sind aktuell vier Millionen Deutsche depressiv bzw. durchleiden eine mehr oder minder schwere depressive Episode – das sind ca. 5%! Hier lässt sich zudem ein Bezug zu den Rückenschmerzen herstellen: Denn diese haben nicht nur mit dem körperlichen Einsatz in der Pflege zu tun. Analysen aus einem weiteren SBK-Projekt, dem Programm „RückenWind“, zeigen, dass ein Großteil der Rückenbeschwerden auf psychische Beschwerden wie erhöhten Stress zurückzuführen ist – die organische Auswirkung einer ständig verkrampften Muskulatur führt dann zu chronischen Schmerzen.

Das Fazit der Analyse: Diese Erkenntnisse müssen im Nachgang wissenschaftlich näher beleuchtet werden, aber schon jetzt sprechen die Zahlen eine deutliche Sprache und weisen auf ein echtes

Problem für pflegende Angehörige hin. Pflegende leiden unter ihrer Belastung körperlich wie seelisch. Damit stellt sich einmal mehr die Frage, wie alle Beteiligten aus Politik und Gesellschaft präventiv Hilfe anbieten können, damit Pflege nicht krank und kränker macht.

Die SBK setzt bereits seit längerem auf eine intensive Beratung pflegebedürftiger Angehöriger. So können diese beispielsweise von der SBK organisierte Pflegekurse für Angehörige besuchen, während eine professionelle Kurzzeitpflege die Pflegenden ablöst. Pflegeexperten wissen, dass viele Pflegende die vorhandenen Angebote zur Entlastung und Schulung nicht kennen und lange versuchen, völlig auf sich allein gestellt die Anforderungen zu meistern – oft eben auch zu lange. Hier setzt eine intensive Information der Angehörigen an, auf die in der SBK künftig noch mehr Augenmerk gelegt wird. Zudem hat die Krankenkasse 2011 ihre Versicherten über die Möglichkeiten aufgeklärt – per Internet und vor allem über das Kundenmagazin „SBK leben“, das alle Versicherten viermal jährlich erhalten. Für Betroffene und besonders Interessierte veröffentlichte die SBK ein Themenheft Pflege, in dem aktuelle Informationen rund um die Pflege zusammengefasst sind. In den kommenden Jahren will man das Thema immer wieder aufgreifen. Denn eins der Hauptprobleme beim Thema Pflege ist: Lange spielt das Thema für Betroffene und Angehörige keine Rolle, dann kommt ein Pflegefall meist sehr überraschend.

Im Mittelpunkt steht allerdings, dem Thema in der Öffentlichkeit Raum zu geben. Pflege ist zu oft auf politische Diskussionen reduziert, auf Pflegesätze, auf Kosten und deren Finanzierung, auf Reformen, deren Hintergrund niemand wirklich versteht. Und auf dramatische



Storys in den Medien, die den Betroffenen einmal mehr das Gefühl geben, an einer prekären Situation nichts verändern zu können. Die Situation der pflegenden Angehörigen hat bislang im politischen Betrieb ohnehin kaum eine Rolle gespielt, kaum jemand nahm Notiz von ihren Nöten.

Aus diesem Grund hat die SBK mit ihren „Themenwochen Pflege“ im Jahr 2011 eine Informationskampagne gestartet, mit der eine breite Öffentlichkeit erreicht werden sollte. Mit dem Workshop „Pflegende Angehörige im Spannungsfeld von Beruf und Familie“ Ende Januar 2011 in Berlin hat die SBK einen Startpunkt für ihre Kampagne gesetzt. Der Workshop fand im Rahmen des Heilberufe-Kongresses Pflege 2011 statt. Der Kongress bildet den informationellen Jahresauftakt für die Branche und gibt immer wieder Impulse für Neuentwicklungen und neue Themen.

Die oben genannte Studie wurde zum Kongress veröffentlicht und stieß auf breites Interesse der Medien, nachdem sie erstmals auf diese Art die Situation der pflegenden Angehörigen in den Blick nahm. Die SBK initiierte mit dieser Studie Berichte zum Thema Pflege in über 60 Zeitungen und auf 200 Online-Portalen. Außerdem ist die SBK mit zahlreichen Verbänden und Institutionen zu diesem

Thema in Kontakt – letztlich wurde die Analyse gerade in der Fachwelt immer wieder diskutiert.

Zwischen März und Juni 2011 wurde die Kampagne mit Informationsveranstaltungen in zehn deutschen Städten fortgesetzt, bei denen Betroffene ihre Situation schilderten und Experten Tipps und Hilfestellung gaben. Wie groß der Bedarf offensichtlich ist, zeigte die Resonanz: Beim Infoabend Ende März in Mülheim an der Ruhr waren fast 150 pflegende Angehörige und andere Interessierte gekommen, auch in München diskutierten über 150 Menschen über das Thema. Insgesamt besuchten mehr als 1.000 Menschen die Veranstaltungen der SBK. Die Diskussionsabende erzeugten in allen Städten ein breites Medienecho, so dass über diesen Kanal ebenfalls viele Menschen mit diesem Thema in Berührung kamen. Vor allem überzeugte auch das Konzept der Abende: Geladen waren nicht nur beruflich Pflegende aus Pflegediensten oder Heimen, sondern auch pflegende Angehörige. Zudem berichteten Angehörige auf dem Podium über ihre Situation und stellten sich den Fragen und der Diskussion.

Dabei bestätigten die Diskussionsteilnehmer unisono die Ergebnisse der SBK-Analyse. „Ich habe meine sozialen Kontakte auf null heruntergefahren und

kann mir selbst einen Kinobesuch zeitlich nicht leisten. Wie soll ich da noch Zeit haben fürs Krankwerden, also bin ich gesund.“, erklärte ein Diskussionsteilnehmer in München und sprach, wenn auch ironisch verpackt, vielen Angehörigen aus dem Herzen.

Der Schlusspunkt der Kampagne war der 9. Gesundheitspflegekongress im November 2011 in Hamburg, wo Experten der SBK die Erkenntnisse aus der Pflegetour mit Fachleuten diskutierten. Fazit aus der Analyse und der Pflegetour 2011: Das Thema Pflege darf sich nicht weiter nur in Gesetzen und Reformen der Öffentlichkeit zeigen und ansonsten hinter vier Wänden verborgen bleiben. Dauerhaft kann sich die Situation pflegender Angehöriger nur verbessern, wenn diese bestehende Angebote kennen und nutzen und wenn das Netz an Entlastungen enger geknüpft wird. Aspekt Kosten: Wenn pflegende Angehörige im Alter zwischen 30 und 60 Jahren über mehrere Jahre hinweg unter hoher Belastung stehen, die sich sogar schon in höherem Krankheitsgeschehen ausdrückt, dann sind diese Menschen mit zunehmendem Alter kaum gesünder als andere Versicherte – auch volkswirtschaftlich ist es ratsam, sich intensiv um pflegende Angehörige zu kümmern.

Präsentismus – Ursachen, Folgen und Kosten

Mika Steinke und Bernhard Badura
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind die bisher zentrale Kennzahl in der betrieblichen Gesundheitspolitik, eine in vielen Unternehmen und Betrieben mit Argusaugen betrachtete Größe, die über den Erfolg oder Misserfolg so mancher gesundheitsbezogenen Maßnahme entscheidet. Die alljährliche Veröffentlichung der Arbeitsunfähigkeitsdaten durch die gesetzlichen Krankenkassen bildet eine wesentliche Datengrundlage für Politik, Wissenschaft und Wirtschaft. Nicht zuletzt ist es der Fehlzeitenstatistik zu verdanken, dass die wachsende Bedeutung psychischer Beschwerden und Erkrankungen von einer breiten Öffentlichkeit wahrgenommen wird.

Darüber hinaus wird in den letzten Jahren die Aussagekraft von Krankenstand und Fehlzeiten allerdings relativiert. So ist z.B. bekannt, dass Fehlzeiten zu einem beträchtlichen Anteil nicht-gesundheitliche Ursachen haben können (z.B. Probleme mit Arbeitskollegen und/oder dem Vorgesetzten) (vgl. Walter/Münch 2009). Eine Studie bei VW kam beispielsweise zu dem Ergebnis, dass Führungskräfte ihren Krankenstand „mitnahmen“: Kurze Zeit nach einem Bereichswechsel wies der neue Zuständigkeitsbereich einer Führungskraft einen ähnlich hohen Krankenstand auf wie der bisherige, obwohl der Krankenstand hier bisher sehr niedrig gewesen war (vgl. Matyssek 2011). Darüber hinaus ist bekannt, dass die Mehrheit der Arbeitnehmer in Deutschland in Einzelfällen auch zur Arbeit geht, obwohl sie wegen gesundheitlicher Beschwerden eigentlich zu Hause bleiben sollten. Dieses Verhalten bezeichnet man als „Präsentismus“.

Im Gegensatz zum Absentismus (= Fehlzeiten), der sich mit der krankheitsbedingten Abwesenheit von Arbeitnehmern befasst, beschäftigt sich Präsentismus mit Arbeitnehmern, die mit oder trotz gesundheitlicher Beschwerden am Arbeitsplatz anwesend sind. Die ersten

wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Präsentismus entstanden in den 1990er Jahren in den USA, erste Ansätze in Europa und darüber hinaus folgten ein Jahrzehnt später. Ein Bericht der European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) aus dem Jahr 2010 kommt zu dem Ergebnis, dass in zwölf der 27 EU-Mitgliedsstaaten und Norwegen das Thema Präsentismus im Rahmen von Studien untersucht wird (Eurofound 2010, S. 11).

Präsentismus als unterlassene Krankmeldung

Zahlreiche Arbeitnehmerbefragungen in Deutschland zeigen, dass Präsentismus keineswegs nur in Einzelfällen auftritt: Die Frage „Ist es vorgekommen, dass Sie in den vergangenen 12 Monaten zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie aufgrund gesundheitlicher Beschwerden hätten zu Hause bleiben sollen?“ beantworteten etwa 65 bis 75 % der Befragten mit ja. Unterschiedliche Umfragen kommen dabei zu erstaunlich ähnlichen Ergebnissen (vgl. DGB 2009, Schmidt/Schröder 2010, Vogt et al. 2009, Wieland/Hammes 2010). Die deutschen Ergebnisse liegen damit im europäischen Durchschnitt, der laut Eurofound zwischen 50 bis 70 % liegt (Eurofound 2010, S. 11). Besorgniserregend an den Ergebnissen deutscher Umfragen ist insbesondere, dass etwa ein Drittel der Befragten angibt, sogar gegen den Rat eines Arztes zur Arbeit gegangen zu sein.

Die Vertreter dieses Forschungsschwerpunktes interessieren vor allem die Ursachen für dieses Verhalten sowie die Folgen für die Gesundheit der „Betroffenen“. Dabei liegt der Schluss nahe, dass ein Arbeiten mit gesundheitlichen Beschwerden, aufgrund derer man nach eigener Einschätzung eigentlich hätte zu Hause bleiben sollen, negative Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Wissenschaftliche Nachweise für diesen Zusam-

menhang sind bislang allerdings rar. Als verlässlich gelten dürfen die Ergebnisse von Kivimäki und Mitarbeitern, die eine Teilpopulation der berühmten Londoner Whitehall-Studien untersuchten. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Mitarbeiter, die sich selbst einen schlechten Gesundheitszustand attestierten, gleichzeitig aber über einen Zeitraum von drei Jahren keinerlei Fehltage aufwiesen, langfristig ein doppelt so hohes Risiko hatten, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden wie Mitarbeiter, die sich ebenfalls einen schlechten Gesundheitszustand attestierten, dafür aber moderate Fehlzeiten (ein bis 14 Fehltage pro Jahr) hatten (vgl. Kivimäki et al. 2005).

Jüngst konnten zwei Studien weitere Hinweise zu den gesundheitlichen Folgen von Präsentismus liefern. Hansen und Andersen ermittelten, dass Arbeitnehmer, die im vergangenen Jahr zweibis fünfmal trotz Krankheit zur Arbeit gegangen waren, ein 25 % höheres Risiko hatten, in den folgenden 1,5 Jahren mehr als zwei Wochen krankgeschrieben zu sein (Hansen/Andersen 2009, S. 401). Mitarbeiter, die im letzten Jahr sechsmal oder mehr trotz Krankheit zur Arbeit gegangen sind, hatten sogar ein 74 % höheres Risiko, in den folgenden 1,5 Jahren mehr als zwei Monate krankheitsbedingt zu fehlen (ebd.). Bergström et al. (2009a; 2009b) konnten ebenfalls zeigen, dass Präsentismus in der Folge das Risiko für überdurchschnittliche Fehlzeiten erhöht. Sie ermittelten darüber hinaus, dass Mitarbeiter, die trotz Krankheit zur Arbeit gehen, im weiteren Zeitverlauf ihre Gesundheit signifikant schlechter einschätzen als Mitarbeiter, die dies nicht tun. Mitarbeiter aus der Privatwirtschaft beispielsweise, die im vergangenen Jahr mehr als fünfmal trotz Krankheit zur Arbeit gegangen waren, hatten im Vergleich zu Mitarbeitern, die dies nicht taten, nach 18 Monaten ein 76 % höheres Risiko und nach drei Jahren ein 71 % höheres Risiko, ihren eigenen

Gesundheitszustand als schlecht oder eher schlecht einzuschätzen (Bergström et al. 2009b, S. 1186).

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangen auch Dellve und Mitarbeiter in einer Studie an Arbeitnehmern des schwedischen Gesundheitswesens: Befragte, die angaben, mehr als zweimal pro Jahr trotz Krankheit zur Arbeit gegangen zu sein, hatten im Vergleich zwei Jahre später ein signifikant höheres Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand (RR: 3,15; CI: 1,63–6,09) sowie für ein Burn-out (RR: 1,72; CI: 1,19–2,49) (Dellve et al. 2011, S. 1925). Darüber hinaus fehlten sie häufiger krankheitsbedingt (RR: 2,16; CI: 1,40–3,34), wiesen eine schlechtere Arbeitsfähigkeit auf (RR: 2,31; CI: 1,66–3,20) und schätzten ihre Arbeitsleistung signifikant schlechter ein (RR: 1,82; CI: 1,11–3,00) (ebd.). Interessant ist im Rahmen der Studie der Vergleich mit solchen Mitarbeitern, die moderate Fehlzeiten (bis zu sieben Fehltage im Jahr) aufwiesen: Während die „Präsentisten“ in der Studie ihre Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch ihr Verhalten verschlechterten (s.o.), konnten Mitarbeiter mit moderaten Fehlzeiten diese Indikatoren im Vergleich zur Ausgangsbefragung sogar verbessern – moderate Fehlzeiten wirkten somit protektiv und führten zu einer nachhaltigen Verbesserung von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistung (vgl. ebd.).

Ursachen und Einflussfaktoren für Präsentismus

Neben der Erforschung der Folgen einer unterlassenen Krankmeldung für den betroffenen Arbeitnehmer liegt das Augenmerk dieses Forschungsschwerpunktes zum Thema Präsentismus insbesondere auf der Identifizierung der Ursachen dieses Verhaltens. Entsprechend viele Studien sind in den letzten Jahren entstanden und entsprechend viele Faktoren konnten identifiziert werden, die

in irgendeiner Form die Entscheidung eines Mitarbeiters, trotz einer Erkrankung auf der Arbeit zu erscheinen, beeinflussen können. Es fehlt allerdings an Übersichtsarbeiten, die die gewonnenen Erkenntnisse zusammenfassen und systematisieren. Fest steht, dass der Entscheidung, trotz einer Erkrankung, aufgrund derer nach eigener Einschätzung eigentlich eine Krankmeldung gerechtfertigt wäre, zur Arbeit zu gehen, ein komplexer Entscheidungsprozess vorausgeht, bei dem sowohl persönliche als auch arbeitsbezogene Faktoren eine Rolle spielen.

Als gesichert gilt, dass der Gesundheitszustand eines Arbeitnehmers einen wichtigen Einfluss hat. Mitarbeiter, die einen eher schlechten Gesundheitszustand haben bzw. ihre eigene Gesundheit als eher schlecht bewerten, gehen auch häufiger krank zur Arbeit (z.B. Aronsson et al. 2000; Hansen/Andersen 2009; Leineweber et al. 2011; Zok 2008). Dies ist zu einem Teil sicherlich auch eine Frage der Wahrscheinlichkeit: Mitarbeiter, die ihre eigene Gesundheit eher schlecht einschätzen, sind häufiger krank und kommen somit auch häufiger als gesunde Mitarbeiter in die Situation, entscheiden zu müssen, ob sie sich krankmelden oder zur Arbeit gehen. Hier beginnen allerdings schon die ersten Schwierigkeiten. So bezieht sich die Entscheidung weniger auf die Frage „Gehe ich heute hin, obwohl ich krank bin oder bleibe ich zu Hause?“, sondern eher auf die Fragen „Wie krank bin ich?“ und „Ist eine Krankmeldung gerechtfertigt?“. Auf die Frage nach den Gründen für die unterlassenen Krankmeldungen antworteten die Befragten im Rahmen einer neuseeländischen Studie am häufigsten, dass sie nicht krank genug gewesen seien, um eine Krankmeldung zu rechtfertigen (Bracewell et al. 2010). Qualitative Studien zeigen, dass keineswegs objektiv feststeht, bei welchen Beschwerden oder ab welchem Krankheitsgrad eine

Krankmeldung gerechtfertigt ist, sondern dass die Legitimität einer Krankmeldung das Ergebnis eines häufig nicht offenen Aushandlungsprozesses zwischen Mitarbeitern und Führungskräften darstellt (vgl. Wynne-Jones et al. 2011).

Aronsson/Gustafsson (2005) konnten in ihrer Studie zeigen, dass Mitarbeiter, denen es schwer fällt, bei beruflichen Anforderungen nein zu sagen bzw. sich selbst Grenzen zu setzen (individual boundarylessness), auch eher krank zur Arbeit gehen. Löve et al. (2010) konnten darüber hinaus ermitteln, dass Arbeitnehmer, deren Selbstbewusstsein sehr stark von ihrer Arbeitsleistung abhängt (performance-based self-esteem), ebenfalls signifikant häufiger trotz Krankheit zur Arbeit gehen. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangten auch Hansen und Andersen (2008): Arbeitnehmer, die auf Arbeitsanforderungen mit einem extrem übersteigerten Arbeitseinsatz reagierten (overcommitment), gingen deutlich häufiger krank zur Arbeit. Die Entscheidung darüber, ob man bei gesundheitlichen Beschwerden zur Arbeit geht oder nicht, wird somit u.a. auch von Persönlichkeitsmerkmalen beeinflusst.

In Umfragen unter deutschen Arbeitnehmern werden als Ursachen für Präsentismus an erster Stelle das eigene Pflichtgefühl und die Solidarität mit den Arbeitskollegen angeführt (vgl. DGB 2009; Schmidt/Schröder 2010; Vogt et al. 2009; Wieland/Hammes 2010). Die Angst vor dem Verlust des eigenen Arbeitsplatzes rangiert zumeist erst dahinter – obwohl man zunächst annehmen könnte, dass dies das Hauptmotiv für Präsentismus darstellt. Die Befundlage zur Bedeutung der Angst vor Arbeitsplatzverlust als Ursache für Präsentismus ist darüber hinaus uneindeutig. Erfasst wird diese Angst im Rahmen von Studien zumeist mit Hilfe des Vertragsstatus: Eine befristete Beschäftigung ist dabei gleichbedeutend



mit Arbeitsplatzunsicherheit und Angst vor Arbeitsplatzverlust und diese Angst treibt Arbeitnehmer an, häufiger trotz Krankheit zur Arbeit als ihre unbefristet beschäftigten Kollegen – so die Annahme. Vahtera et al. (2004) ermittelten zum Beispiel in einer lang angelegten Studie, dass starke Personalkürzungen (mehr als 18% der Belegschaft wurden entlassen) zu einem signifikanten Anstieg der Fehlzeiten bei unbefristet Beschäftigten führten, bei den befristet Beschäftigten allerdings keine Anstieg erkennbar war. Die Autoren vermuten daher, dass dieser fehlende Anstieg bei den Fehlzeiten Hinweis auf einen höheren Präsentismus ist. Studien, die Präsentismus direkt erfassen, kommen allerdings zu einem anderen Ergebnis: Aronsson/Gustafsson (2002) sowie Heponiemi et al. (2010) konnten nämlich zeigen, dass unbefristet Beschäftigte häufiger krank zur Arbeit gehen als befristet Beschäftigte. Hier fehlt es allerdings an theoretisch begründeten Hypothesen und ihrer systematischen Prüfung.

Als gesichert gilt heute weiterhin, dass eine berufliche Tätigkeit im sozialen Bereich das Risiko für Präsentismus erhöht (vgl. Aronsson et al. 2000; McKevitt et al. 1997; Vingard et al. 2004). Der direkte Kontakt zu den „Kunden“ der eigenen Leistung, eine sehr dünne Personaldecke, ein übersteigertes Berufsethos sowie die Tatsache, dass es sich hierbei häufig um Arbeitsaufgaben handelt, die nicht verschoben werden können, erscheinen als Erklärungsansätze hierfür plausibel. Unterlassene Krankmeldungen im Gesundheitswesen deuten allerdings auf eine weitere Dimension von Präsentismus hin: Gehen Pflegende und insbesondere Ärzte trotz Krankheit zur Arbeit, stellen sie ein Risiko für ihre Patienten dar, die eine besonders vulnerable Personengruppe bilden. So konnten Widera et al. (2010) in einem US-amerikanischen Pflegeheim und Bracewell et al. (2010) in einem neusee-

ländischen Krankenhaus nachweisen, dass das Ausmaß eines Norovirus-Ausbruches ganz wesentlich durch Personal beeinflusst wurde, das trotz einer Infektion weiterhin zur Arbeit kam.

Auch die Höhe des Sozialkapitals hat neben der Qualifizierung und der Verantwortung Einfluss darauf, ob Mitarbeiter sich für oder gegen den Gang zur Arbeit entscheiden (vgl. Badura et al. 2008; Rixgens/Badura 2011; Walter/Münch 2009).

Darüber hinaus spielen die konkreten Arbeitsbedingungen eine wesentliche Rolle. Mitarbeiter, deren Arbeit gekennzeichnet ist durch einen hohen Zeitdruck, eine im Vergleich zum Arbeitseinsatz geringe Entlohnung („Gratifikationskrise“) (vgl. Siegrist 1996), einen geringen Handlungsspielraum und eine geringe soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, neigen häufiger dazu, trotz Krankheit arbeiten zu gehen (Aronsson/Gustafsson 2005; Dellve et al. 2011; Hansen/Andersen 2008; Leineweber et al. 2011). Insbesondere das Verhältnis zum Vorgesetzten und dessen Umgang mit Krankheit und Fehltagen beeinflussen Arbeitnehmer in ihrer Entscheidung (vgl. Wynne-Jones et al. 2011). Nicht unwesentlich ist sicherlich auch die Art der Leistungssteuerung der Mitarbeiter. So zeigen die Ergebnisse der PARGEMA-WSI-Betriebsrätebefragung 2008/2009, dass Mitarbeiter eher krank zur Arbeit gehen, wenn ihnen Ziele vorgegeben werden, anstatt sie – gemeinsam mit dem Vorgesetzten – auszuhandeln (vgl. Ahlers 2011). Sie arbeiten darüber hinaus auch eher überlang und unterlaufen bewusst gesetzliche Regelungen zum Schutz der Gesundheit am Arbeitsplatz, um die vorgegebenen Ziele zu erfüllen (ebd.). Korrelationen implizieren nicht notwendigerweise Kausalzusammenhänge. Um aus den zahlreichen, z.T. inkonsistenten Befunden praktische Lösungsvorschläge zu entwickeln, bedarf es daher noch einer

sehr viel gründlicheren, theoriegetriebenen Analyse der zugrunde liegenden Einflussgrößen.

Präsentismus als gesundheitsbedingte Produktivitätsverluste

Der zweite Forschungsschwerpunkt zum Thema Präsentismus bezieht sich im Wesentlichen auf chronische Krankheiten (vgl. Steinke/Badura 2011). Chronische Krankheiten zeichnen sich insbesondere durch einen schwankenden Krankheitsverlauf aus, der die Betroffenen mal mehr und mal weniger in ihrem Wohlbefinden, ihrer Lebensqualität und ihrer Leistungsfähigkeit einschränkt. Chronisch Kranke verzichten deshalb nicht per se auf eine Berufstätigkeit. Es kann, ganz im Gegenteil, sogar vermutet werden, dass die berufliche Tätigkeit für chronisch Erkrankte einen besonderen Stellenwert einnimmt, da sie ihnen hilft, Struktur und Normalität im Alltag zu bewahren. Angesichts des demographischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme chronischer Krankheiten wird das Arbeiten mit einer chronischen Erkrankung darüber hinaus zunehmend den Regelfall darstellen und ist bereits heute vielfach Realität in den Unternehmen (vgl. Stork 2010).

Entstanden in den 1990er Jahren in den USA, versucht diese zweite Forschungslinie zu quantifizieren, inwieweit Mitarbeiter durch gesundheitliche Beschwerden – vor allem durch chronische Krankheiten – während der Arbeit eingeschränkt sind und welche Folgen dies auf das Betriebsergebnis hat. Die Erkenntnisse beruhen dabei beinahe ausschließlich auf Mitarbeiterbefragungen, in denen die Befragten angeben, unter welchen gesundheitlichen Beschwerden bzw. Krankheiten sie leiden, wie häufig sie deswegen gefehlt haben und wie stark sie sich dadurch in ihrer Arbeit beeinträchtigt gefühlt haben. Ziel dieser

Befragungen ist eine Beschreibung des Gesundheitszustandes der Belegschaft, die zielgenaue Investition in die Gesundheit der Mitarbeiter und die abschließende Evaluation der Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsarbeit.

Es besteht bereits eine Vielzahl an Instrumenten zur Messung von Präsentismus (vgl. Steinke/Badura 2011). Diese wurden in zahlreichen Unternehmensstudien eingesetzt und erprobt und erzielten dabei gute Werte für Reliabilität und Validität. Hinsichtlich der Messung und Bewertung von Präsentismus besteht allerdings weiterhin Forschungs- und Entwicklungsbedarf. So kommen alle Übersichtsarbeiten zu dem einheitlichen Ergebnis, dass zu unterschiedliche Messmethodiken bestehen und auch bei der Umrechnung in finanzielle Größen eine Vielzahl an Ansätzen und Vorgehensweisen eingesetzt werden (vgl. Brooks et al. 2010; Evans 2004). Zunehmend wird die Einigung auf ein Standardverfahren („Gold-Standard“) gefordert, das den Vergleich zwischen Krankheiten, Unternehmen und Branchen ermöglicht.

Die bisherigen Studien zeigen, dass Präsentismus einen sehr viel bedeu-

tenderen Kostenfaktor für Unternehmen darstellt als Fehlzeiten. Eine Mitarbeiterbefragung in der deutschen Hauptverwaltung eines internationalen Konzerns kam beispielsweise zu dem Ergebnis, dass jedes Jahr pro Mitarbeiter durchschnittlich 27,2 ganze Arbeitstage aufgrund von Präsentismus und Absentismus verloren gehen (Iverson et al. 2010, 1208). Hier von gehen 22,4 verlorene Arbeitstage auf Präsentismus und 4,8 Tage auf Absentismus zurück, was einem Verhältnis von 4,7 : 1 entspricht (ebd.). Insgesamt konnten für das Unternehmen mit seinen 1.298 Mitarbeitern jährliche krankheitsbedingte Kosten – Absentismus plus Präsentismus – von 8,78 Millionen Euro ermittelt werden (ebd.). Internationale Studien ermitteln ähnliche Größenverhältnisse und Kosten (z.B. Baase 2007; Burton et al. 1999; Loeppke et al. 2009). Erwähnenswert ist darüber hinaus, dass psychische Erkrankungen in der Regel zu höheren Präsentismusraten führen als körperliche Krankheiten.

Die bisherigen Ansätze der Präsentismusforschung versprechen, die Berichterstattung in der betrieblichen Gesundheitspolitik zu erweitern und zu verbessern. Besonders vielversprechend erscheint ein optimierter ökonomischer

Nutznachweis betrieblicher Gesundheitsarbeit (vgl. Badura/Steinke 2011). Insgesamt besteht allerdings noch an mehreren Stellen Forschungs- und Entwicklungsbedarf: Die Messung von Präsentismus bedarf weiterer Entwicklungs- und Validierungsarbeit und die Untersuchung der Ursachen und Folgen unterlassener Krankmeldungen muss in Zukunft stärker theoriebasiert und systematisch erfolgen. Dabei geht es um drei zentrale Fragestellungen:

- Was sind die Ursachen für ein Arbeiten mit gesundheitlichen Beschwerden? Und wann hat dies negative und wann positive Konsequenzen für die Gesundheit der Betroffenen?
- Was ist der tatsächliche Gesundheitszustand der Mitarbeiter und wie lässt dieser sich möglichst valide und effizient erfassen?
- Welche Konsequenzen hat das Arbeiten trotz Krankheit für die Qualität und Produktivität von Unternehmen?

Literatur

AHLERS, E. (2011): Wachsender Arbeitsdruck in den Betrieben. Ergebnisse der bundesweiten PARGEMA-VWSI-Betriebsrätebefragung 2008/2009. In: Kratzer, N. et al. (Hg.): Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement. Berlin, S. 35–58

ARONSSON, G./GUSTAFSSON, K. (2005): Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. In: Journal of Occupational and Environmental Medicine, 47, pp. 958–966.

ARONSSON, G./GUSTAFSSON, K. (2002): Sickness Presenteeism – Prevalence and Trends. National Institute for Working Life. Sweden

ARONSSON, G./GUSTAFSSON, K./DALLNER, M. (2000): Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. In: Journal of Epidemiology and Community Health, 54, pp. 502–509

BAASE, C. (2007): Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe. In: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten – Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Berlin, S. 45–63

BADURA, B./STEINKE, M. (2011): Die erschöpfte Arbeitswelt. Durch eine Kultur der Achtsamkeit zu mehr Energie, Kreativität, Wohlbefinden und Erfolg! Gütersloh. http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_34009_34010_2.pdf [Internet]

BADURA, B. ET AL. (2008): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin

BERGSTRÖM, G. ET AL. (2009a): Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness Absenteeism. In: Journal of Occupational and Environmental Medicine, 51, pp. 629–638



BERGSTRÖM, G. ET AL. (2009b): Does sickness presenteeism have an impact on future general health? In: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, pp. 1179–1190

BRACEWELL, L. M. ET AL. (2010): Sickness presenteeism in a New Zealand hospital. In: *The New Zealand Medical Journal*, 123, 1314, pp. 31–42

BROOKS, A. ET AL. (2010): Presenteeism: critical issues. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 11, pp. 1055–1067

BURTON, W. N. ET AL. (1999): The role of health risk factors and disease on worker productivity. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41, pp. 863–877

DELLVE, L./HADZIBAJRAMOVIC, E./AHLBORG, J. G. (2011): Work attendance among healthcare workers: prevalence, incentives, and long-term consequences for health and performance. In: *Journal of Advanced Nursing*, 67, 9, pp. 1918–1929

DEUTSCHER GEWERKSCHAFTSBUND (DGB) (2009): DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2009. Wie die Beschäftigten die Arbeitswelt in Deutschland beurteilen. www.dgb-index-gute-arbeit.de/downloads/publikationen/data/di-ga_report_09.pdf [Internet]

EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITION (Eurofound) (2010): Absence from work. <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn0911039s/tn0911039s.htm> [Internet]

EVANS, C. J. (2004): Health and work productivity assessment: state of the art or state of flux? In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, pp. 3–11

HANSEN, C. D./ANDERSEN, J. H. (2008): Going ill to work – what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? In: *Social Science and Medicine*, 67, pp. 956–964

HANSEN, C. D./ANDERSEN, J. H. (2009): Sick at work – a risk factor for long-term sickness absence at a later date? In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, pp. 397–402

HEPONIEMI, T. ET AL. (2010): Association of contractual and subjective job insecurity with sickness presenteeism among public sector employees. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 8, pp. 830–835

IVERSON, D. ET AL. (2010): The cumulative impact and associated costs of multiple health conditions on employee productivity. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 12, pp. 1206–1211

KIVIMÄKI, M. ET AL. (2005): Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study. In: *American Journal of Public Health* 95, 1, pp. 98–102

LEINEWEBER, C. ET AL. (2011): Sickness presenteeism among Swedish police officers. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 1, pp. 17–22

LOEPPEKE, R. ET AL. (2009): Health and productivity as a business strategy: a multiemployer study. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51, pp. 411–428

LÖVE, J. ET AL. (2010): „Pushing oneself too hard”: Performance-based self-esteem as a predictor of sickness presenteeism among young adult women and men – a cohort study. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52, 6, pp. 603–609

MATYSSEK, A. K. (2011): Gesund führen – sich und andere! Nordstedt

MCKEVITT, C. (1997): Sickness absence and „working through” illness: a comparison of two professional groups. In: *Journal of Public Health and Medicine*, 19, pp. 295–300

RIXGENS, P./BADURA, B. (2011): Arbeitsbedingungen, Sozialkapital und gesundheitliches Wohlbefinden – Differenzen in den Einschätzungen von Führungskräften und Mitarbeitern. In: Badura, B. et al. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit*. Berlin

SCHMIDT, J./SCHRÖDER, H. (2010): Präsentismus – krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In: Badura, B. et al. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*. Berlin, S. 93–100

SIEGRIST, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. In: *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 1, pp. 27–41

STEINKE, M./BADURA, B. (2011): Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund. www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd60.html [Internet]

STORK, J. (2010): Grundlagen angewandter Arbeitsmedizin. In: Badura, B.,/Walter, U./Hehlmann, T. (Hg.): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. 2. Aufl. Berlin, S. 133–145

VINGARD, E./ALEXANDERSON, K./NORLUND, A. (2004): Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 10: Sickness presence. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, Suppl. 2004, 63, pp. 216–221

VOGT, J./BADURA, B./HOLLMANN, D. (2009): Krank bei der Arbeit. Präsentismusphänomene. In: Böcken, J./Braun, B./Landmann, J. (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Gütersloh, S. 179–202

WALTER, U./MÜNCH, E. (2009): Die Bedeutung von Fehlzeitenstatistiken für die Unternehmensdiagnostik. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Berlin, S. 139–153

WIELAND, R./HAMMES, M. (2010): BARMER GEK Gesundheitsreport 2010. Teil 2. <http://www.barmer-gek.de/> [Internet]

WYNNE-JONES, G. et al., (2011): What happens to work if you're unwell? Beliefs and attitudes of managers and employees with musculoskeletal pain in a public sector setting. In: *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 1, pp. 31–42

ZOK, K. (2008): Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit – Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Berlin, S. 121–144

Berufsbedingte räumliche Mobilität – Konsequenzen für Wohlbefinden und Gesundheit

Silvia Ruppenthal und Heiko Rüger
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden

1 Arbeit und Mobilität heute

Berufsbedingte Mobilität ist keineswegs ein in der Arbeitswelt neues Phänomen, räumliche Mobilität hat schon immer eine gewisse Bedeutung besessen, sei es in Form von massenhaften Wanderungsbewegungen in der Hoffnung auf Arbeit und Auskommen oder auch dem täglichen langen Weg zur Arbeit, der heute meist motorisiert, früher eher zu Fuß zurückgelegt wurde.

Bemerkenswert mit Blick auf die heutige Arbeit und Mobilität ist allerdings, dass wir derzeit eine Hochphase der Mobilität zu erleben scheinen, die vermutlich noch andauern wird und innerhalb derer die gegenwärtigen Mobilitätsanforderungen noch weiter anwachsen könnten. Hierauf verweisen Vertreter gesellschaftlicher Gegenwartsanalysen (z.B. Urry 2007; Rosa 2005). Zudem scheinen empirische Hinweise eine Zunahme der Mobilitätsdynamik für die letzten Jahrzehnte zu bestätigen (Ruppenthal/Lück 2009).

Mobilität wird dabei von vielen gesellschaftlichen Akteuren positiv gerahmt. Sie ist nützlich für Wirtschaft und Unternehmen, etwa für den Austausch von Wissen und Erfahrung in großen Konzernen. Ebenso wird ihr politischer Nutzen für das Zusammenwachsen auf europäischer Ebene betont. Zudem gilt sie oftmals als Zeichen des Erfolgs für den Einzelnen. Gleichzeitig jedoch nennen Gegenwartskritiker negative Konsequenzen wie Entwurzelung, Vereinsamung und das Verschwinden des sozialen Zusammenhalts (Sennett 2000). Mobilität ist damit ein ambivalentes Phänomen. Dies gilt auch für den Zusammenhang von Mobilität mit Wohlbefinden und Gesundheit. Die mit Mobilität verbundenen Belastungen und Anstrengungen sind unmittelbar evident: ständiges Unterwegssein, Verkehrsstaus und

Zugverspätungen, hastige Nahrungsaufnahme „zwischen durch“, Zeitdruck und Zeitmangel. Es gibt zudem Hinweise auf negative gesundheitliche Auswirkungen von Mobilität. Die vorhandenen Studien zeigen auch, dass Mobilität weder selbstverständlich mit beruflichem Erfolg verknüpft noch leicht mit dem Familienleben zu vereinbaren ist (Ruppenthal/Lück 2009). Auf der anderen Seite hat Mobilität für viele Erwerbstätige Vorteile, dient der Persönlichkeitsbildung, sorgt für Anregung und Abwechslung und ist oftmals mit Prestige und Anerkennung verbunden – Aspekte, die sich als gesundheitsförderlich erweisen können.

Im Folgenden sollen zunächst unterschiedliche Mobilitätsformen und die mit ihnen verbundenen Vor- und Nachteile dargestellt werden. Es wird den Fragen nachgegangen, warum Menschen überhaupt mobil werden und wie sich Mobilität auf Wohlbefinden und Gesundheit auswirken kann. Und: Welche Faktoren beeinflussen dabei die Folgen von Mobilität? Am Ende des Kapitels finden sich einige daraus abgeleitete Empfehlungen für die betriebliche Praxis im Umgang mit Mobilität.

2 Formen berufsbedingter räumlicher Mobilität und ihre Verbreitung

In Deutschland hat rund jeder zweite Erwerbstätige im Alter von 25 bis 54 Jahren schon einmal Erfahrungen mit Mobilität gemacht, jeder fünfte ist derzeit aus beruflichen Gründen mobil (Ruppenthal 2010). Die Anlässe für Mobilität sind dabei sehr unterschiedlich. Häufig machen die Arbeit in international ausgerichteten Unternehmen oder befristete Beschäftigungsverhältnisse Mobilität erforderlich. Neue Formen der Arbeitsorganisation, wie zeitlich und örtlich begrenzte Projektarbeit, geben

weitere Anlässe zur Mobilität. Daneben existieren Berufsfelder, zu deren Profil Mobilität gehört: Außendienstmitarbeiter sind nur selten im Unternehmen vor Ort anzutreffen, Beschäftigte im Transportwesen legen weite Strecken zurück und sind gelegentlich mehrere Tage bis hin zu Monaten unterwegs. Oftmals sind auch berufliche und private Anlässe schwer zu trennen und vermischen sich. Wer beispielsweise weite Strecken pendelt, um aus privaten Gründen an einem bestimmten Ort wohnen zu können, ist so berufsbedingt mobil.

Menschen reagieren mit unterschiedlichen Mobilitätsstrategien auf die an sie gestellten Mobilitätsanforderungen. Grundsätzlich lassen sich residenzielle Formen der Mobilität von zirkulären unterscheiden. *Residenzielle Mobilität* meint Umzugsmobilität innerhalb eines Landes oder über Landesgrenzen hinweg, hierunter fallen auch Auslandsentsendungen und Migration. *Zirkuläre Mobilität* umfasst unterschiedliche Arten des Pendelns oder Dienstreisen.

Mit Blick auf die Auswirkungen von Mobilität auf Wohlbefinden und Gesundheit ist zunächst das Ausmaß der Mobilität bedeutsam. In einem gewissen Sinne ist beinahe jeder Erwerbstätige mobil, und sei es nur auf einem relativ kurzen Weg zur Arbeit. In dem hier gemeinten Zusammenhang interessieren jedoch Personen, die in einem besonders großen Umfang mobil sind und sich damit signifikant von anderen Erwerbstätigen unterscheiden. Grundlage des vorliegenden Beitrags sind Mobilitätsdefinitionen, die auf das Forschungsprojekt „Job Mobilities and Family Lives in Europe“ zurückgehen.¹ Im Falle der residenziellen Mobilität beträgt die Distanz, die mit einem Umzug zurückgelegt werden muss, danach mindestens 50 km. Dienstreisende oder Wochenendpendler, sogenannte „Über-

¹ Im Rahmen des Forschungsprojekts wurde eine repräsentative telefonische Befragung in den sechs europäischen Ländern Frankreich, Deutschland, Spanien, Polen, Belgien und Schweiz durchgeführt. Insgesamt wurden dabei im Jahr 2007 7220 Personen im Alter von 25 bis 54 Jahren befragt. Nähere Informationen zu dem Projekt finden sich auf <http://www.jobmob-and-familives.eu>.

nachter“, haben in den letzten zwölf Monaten mindestens 60 Nächte außer Haus verbracht. Fernpendler benötigen nach dieser Definition für den Weg zur Arbeit und zurück mindestens zwei Stunden und pendeln an mindestens drei Tagen in der Woche (z.B. Limmer et al. 2010). Betrachtet man die empirische Verbreitung der verschiedenen Mobilitätsstrategien, zeigt sich, dass zirkuläre Mobilität bei weitem überwiegt. Etwa drei Viertel der Erwerbstätigen sind zirkulär mobil, lediglich ein Viertel residenziell (Schneider et al. 2010). Erwerbstätige sind demzufolge eher wenig mobilitätsbereit, wenn es um die Verlagerung des eigenen Lebensmittelpunktes geht; als Pendler hingegen sind sie hochmobil.

Die Verbreitung von Mobilität variiert erheblich zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen. Besonders mobil sind jüngere Erwerbstätige am Beginn ihrer Berufskarriere und Personen mit Hochschulabschluss. Diese ziehen auch häufiger um, während ältere Erwerbstätige und Personen mit niedrigeren Ausbildungsabschlüssen eher zu zirkulärer Mobilität tendieren. Männer und insbesondere kinderlose Frauen sind in Deutschland wesentlich mobiler als Mütter. Dies verweist – insbesondere für Frauen – auf bestehende Probleme bei der Vereinbarkeit zwischen Familie, Beruf und Mobilitätsanforderungen (Rüger 2010).

3 Vor- und Nachteile der Mobilitätsformen

Erwerbstätige wählen spezifische Mobilitätsformen in Abhängigkeit von beruflichen und privaten Gegebenheiten. Insbesondere die Entscheidung zwischen Umzug und Pendeln ist bisher untersucht worden (vgl. etwa Kalter 1994). Studien verweisen aber auch darauf, dass jede Mobilitätsform mit spezifischen Vor- und

Nachteilen verbunden ist, quasi im Sinne eines charakteristischen Kosten- und Nutzenprofils (Rüger/Ruppenthal 2010). Diese Einsicht in die spezifischen Vor- und Nachteile kann Auskunft darüber geben, warum Menschen in bestimmten Lebenslagen sich in bestimmten mobilen Lebensformen wiederfinden oder warum ungeachtet der vielfältigen Anstrengungen, die Mobilität mit sich bringen kann, Menschen beruflich mobil werden und es auch über längere Zeit bleiben. *Fernpendler* sind dabei als besonders ortsgebunden zu charakterisieren. Sie nehmen weite Pendelstrecken und die täglichen damit verbundenen Anstrengungen in Kauf, damit sie ihren Wohnort nicht aufgeben müssen, die Kinder in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können und sie Freunde und Verwandte nicht verlassen brauchen. Für Paare, die zwei Berufskarrieren vereinbaren, sind weite Arbeitswege zu unterschiedlichen Arbeitsorten ebenfalls eine häufig gewählte Strategie. Nachteile sehen Fernpendler in den überwiegend durch Zeitmangel hervorgerufenen Belastungen. Sie haben zu wenig Zeit für sich selbst, verspüren oft Zeitdruck und sind häufig erschöpft.

Anders und zudem deutlich heterogener stellt sich die Situation derer dar, die häufig berufsbedingt außerhalb von zu Hause übernachten. Hier stehen berufliche und finanzielle Aspekte auf der Nutzenseite im Vordergrund. Mobilität bedeutet für Personen mit mobilen Berufen und für Erwerbstätige, die häufig auf Dienstreisen sind, größere Unabhängigkeit, aber auch Spaß und Abwechslung im Arbeitsalltag. Während durch das Fernpendeln ein „geregelter“ Alltag aufrechterhalten werden kann und zumindest der spätere Abend oder das Wochenende als Privat- bzw. Familienzeit zur Verfügung stehen, benennen *Übernachter* die langen Abwesenheitszeiten von zu Hause als großen Nachteil. Zu wenig Zeit für

die Kinder, den Partner und auch zur Beteiligung an der Hausarbeit werden als Problem beschrieben.

Insbesondere jene *Umzugsmobile*, die innerhalb eines Landes umziehen, sehen vergleichsweise wenige Nachteile. Sie geben zwar für die Phase direkt nach dem Umzug an, deutlich unter Zeitmangel zu leiden, allerdings scheinen Vorteile wie bessere berufliche Chancen und ein Gefühl der Unabhängigkeit dies bei weitem zu überwiegen. (Rüger/Ruppenthal 2010)

4 Mobilität, Wohlbefinden und Gesundheit

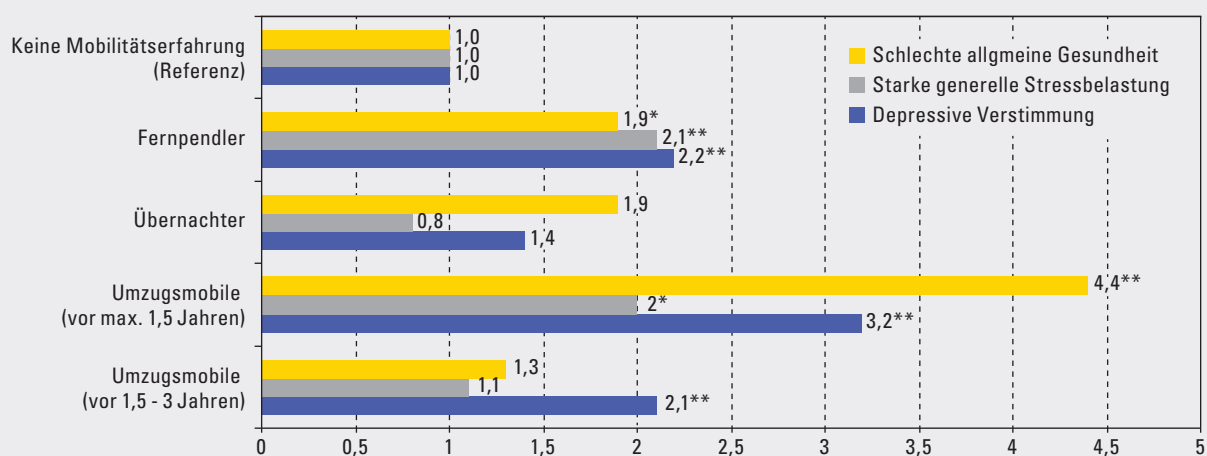
Die aus subjektiver Sicht benannten Vor- und Nachteile können erste Hinweise auf die möglichen Konsequenzen von Mobilität liefern. In den folgenden Abschnitten sollen die Folgen für Wohlbefinden und Gesundheit spezifischer in den Blick genommen werden.

Abbildung 1 zeigt die Auswirkungen verschiedener Mobilitätsformen auf den subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand, das generelle Stresserleben und die psychische Befindlichkeit. Die dargestellten Belastungsprofile ergeben sich unabhängig von Geschlecht, dem Alter, der formalen Schulbildung, dem Erwerbsumfang und der Familienform. Vergleichskategorie (Referenz) sind jeweils Erwerbstätige, die in ihrer beruflichen Laufbahn bislang noch keine Mobilitätserfahrungen gemacht haben.

Negative Auswirkungen von Mobilität zeigen sich hinsichtlich aller drei Belastungsdimensionen insbesondere für *Fernpendler*. Diese schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand schlechter ein als die Vergleichsgruppe der nicht-mobilen Erwerbstätigen. Zudem berichten sie häufiger von Anzeichen einer

Abbildung 1

Belastungsprofile mobiler und nicht-mobiler Erwerbstätiger in Deutschland, adjustierte Odds Ratios



Anmerkungen: „Job Mobilities and Family Lives in Europe“-Studie, Daten für Deutschland; * $p \leq .10$, ** $p \leq .05$
 Quelle: Schneider et al. (2009), modifiziert

depressiven Verstimmung und einer erhöhten generellen Stressbelastung. Mögliche Ursachen hierfür sind die bereits angesprochene Zeitknappheit, aber auch Belastungen, die durch hohes Verkehrsaufkommen, Kontrollverluste durch Verspätungen oder den schlechten Zustand von Verkehrsmitteln und -wegen hervorgerufen werden. Zu den gesundheitlichen Folgen des Fernpendelns liegen vergleichsweise viele Studien vor. Praktisch alle berichten von Einschränkungen hinsichtlich des Wohlbefindens und der Gesundheit, sodass diese Ergebnisse als relativ gut abgesichert gelten können. Im Einzelnen finden sich Hinweise darauf, dass Fernpendler häufiger über psychosomatische Beschwerden klagen und häufiger krank sind, häufiger krankheitsbedingt fehlen und einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt sind sowie weniger Zeit für nötige Vorsorgeuntersuchungen aufbringen (u.a. Häfner et al. 2001; Koslowsky et al. 1995; Nitsche et

al. 2009). Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der Stressbelastung durch das Pendeln und Aggressionen am Arbeitsplatz lassen sich ebenfalls nachweisen (Hennessy 2008).

Für *Übernachter* ergibt sich lediglich ein tendenziell erhöhtes Belastungsniveau in den Bereichen allgemeine Gesundheit und psychisches Wohlbefinden. Für die hierunter zusammengefassten Mobilitätsformen liegen vergleichsweise wenige Studien zum Zusammenhang mit Wohlbefinden und Gesundheit vor. Schneider et al. (2001) bestätigen die Befunde eines erhöhten Belastungserlebens insbesondere bei Wochenendpendlern. Diese Form der Mobilität wird oftmals mit Blick auf die berufliche Karriere gewählt und ist in der Regel auf eine relativ kurze Phase im Lebenslauf angelegt. Im Gegensatz dazu werden mobile Berufe und Berufe, die häufige Dienstreisen erfordern, schon im Wissen um die

bestehenden Mobilitätsanforderungen ergriffen; diese werden als entsprechend langfristig antizipiert, und in der Folge werden Strategien des Umgangs damit entwickelt (Lück/Ruppenthal 2010). Dienstreisen können für den Erwerbstätigen Unabhängigkeit und Entlastung von möglichen familiären Problemen durch längere Abwesenheitszeiten bedeuten, sie werden von Erwerbstätigen auch oftmals als angenehme Unterbrechung von beruflichen Routinen wahrgenommen (Westman 2004). Andererseits fanden etwa Kesselring und Vogl (2010), dass häufige Dienstreisen für viele Beschäftigte auch eine zusätzliche Belastung neben den alltäglichen beruflichen Herausforderungen darstellen können. Hier besteht in Zukunft weiterer Forschungsbedarf.

Betrachtet man die *Umzugsmobilen*, wird deutlich, dass insbesondere in den ersten rund anderthalb Jahren nach dem Umzug Belastungen zu bewältigen sind.

Die Organisation des Umzugs, die Orientierung vor Ort, der Aufbau neuer Netzwerke und die Integration der gesamten Familie müssen bewältigt werden. Gelingt die Integration am neuen Wohnort, nehmen die Belastungen in der Folgezeit wieder ab. Falls allerdings nicht, können auch längerfristig Beeinträchtigungen des psychischen Befindens auftreten. Dieser Effekt kann insbesondere für Umzüge innerhalb Deutschlands beobachtet werden (Schneider et al. 2009). Ein Umzug kann zwar in vielen Fällen eine sinnvolle Alternative zu dauerhafter Pendelmobilität darstellen, dies gilt jedoch keineswegs pauschal für jeden Erwerbstätigen. Bei Auslandsentsendungen über längere Zeiträume hinweg rücken mitreisende Partner und Kinder in den Fokus. So kann sich etwa die Unzufriedenheit des Partners negativ auf die Zufriedenheit des Entsandten (Expatriate) und damit auf dessen Arbeitsleistung auswirken (Takeuchi et al. 2002). Umgekehrt kann die Arbeitssituation, wie z.B. ein hohes Arbeitsvolumen, zu Konflikten mit dem Privatleben führen und in der Folge das Gesundheitsempfinden nachhaltig beeinflussen (Grant-Vallone/Ensher 2001). Der Erfolg einer Entsendung und das dabei auftretende Stresserleben hängt von der Unterstützung durch das familiäre und das berufliche Umfeld ab (Spieß/Strotpa 2010). Patel et al. (2006) stellten für Expatriates, die nicht vom Partner ins Ausland begleitet werden, mehr Erkrankungen und traumatische Verletzungen fest. Sie vermuten ein risikoaffineres Verhalten dieser Gruppe. Als exogene Risikofaktoren für Expatriates fand Jones (2000) ungewohntes und belastendes Klima sowie starke Luftverschmutzung in bestimmten Ländern und Regionen. Insbesondere Kinder sind dabei erhöhten Risiken ausgesetzt, da sie über geringere Abwehrkräfte verfügen und öfter in Unfälle während Freizeitaktivitäten und im Verkehr verwickelt sind. Ebenso konnte

oftmals gesundheitsschädliches Verhalten in Form von Tabak- und Alkoholkonsum durch die Entsandten nachgewiesen werden.

5 Faktoren, die die Auswirkungen auf Gesundheit und Stresserleben moderieren

Der Zusammenhang von Mobilität, Gesundheit und Stresserleben hängt von sehr unterschiedlichen Faktoren ab und wird durch diese zum Teil erheblich moderiert. So empfindet bei gleichen Mobilitätsanforderungen und damit verbundenen Belastungen nicht jeder Erwerbstätige das gleiche Ausmaß an Beanspruchung. Das Belastungserleben wird vielmehr durch *Persönlichkeitsmerkmale* und *Mobilitätserfahrungen* bzw. *-kompetenzen* beeinflusst. Die Bedeutung von Persönlichkeitsmerkmalen konnte etwa für den Erfolg bei der Auslandsentsendung nachgewiesen werden (Huang et al. 2005). Martin (1995) fand einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl vergangener Umzüge und dem Wohlbefinden bei Umzügen aufgrund einer anstehenden Unternehmensverlagerung.

Von großer Bedeutung sind daneben auch die *Dauer* und die *Intensität der Mobilität*. Zirkuläre Mobilität kann über wenige Monate bis hin zu vielen Jahren andauern, die Pendelzeiten können besonders lang sein oder Dienstreisen besonders häufig vorkommen. Residenzielle Mobilität kann einen einmaligen Umzug bedeuten oder bis hin zu sehr langen Umzugsbiographien führen. Für die Intensität der Mobilität und die Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden liegen empirische Hinweise vor, die in die gleiche Richtung deuten. So geht etwa der Anstieg der Pendeldauer bei Berufspendlern mit einer Abnahme der Lebenszufriedenheit

(Stutzer/Frey 2008) und einem Anstieg der empfundenen Erschöpfung (Rüger/Ruppenthal 2010) einher. Erwerbstätige, die häufiger auf Dienstreisen sind als andere, geben tendenziell eher an, dass sie ihre Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz durch die hohe Intensität ihrer Mobilität negativ beeinträchtigt sehen (ebd.). Martin (1995) zeigt, dass Umzugserfahrung zwar bei der Bewältigung eines weiteren Umzugs helfen kann, sich dies aber bei langen Umzugsbiographien auch in ein erhöhtes Stresserleben umkehren kann. Personen mit langen Umzugskarrieren empfinden auch häufiger Zeitdruck und das Gefühl, nirgendwo richtig zu Hause zu sein (Rüger/Ruppenthal 2010). Sehr allgemein kann formuliert werden, dass die Zunahme der Intensität auch zu einer Zunahme der mit ihr verbundenen Nachteile führt. Der Zusammenhang von zirkulärer Mobilität und der Dauer, in der ein Erwerbstätiger im Lebensverlauf mobil ist, ist auf den ersten Blick eher kontraintuitiv. Es wird nicht von vermehrten Problemen berichtet – im Gegenteil, die Nachteile nehmen scheinbar ab und die Vorteile zu. Zum einen könnte dies an Gewöhnungseffekten liegen oder es gelingt langfristig mobilen Menschen besser, sich an ihre mobile Lebensweise anzupassen. Zum anderen sprechen empirische Hinweise für Selektionseffekte ähnlich dem „Healthy-Worker“-Effekt (Schneider et al. 2009). Langfristig zirkulär mobile Erwerbstätige könnten demnach auch besonders robust und belastbar sein, mobile Personen mit gesundheitlichen Problemen hingegen relativ schnell wieder aus der Mobilität aussteigen.

Ein weiterer moderierender Faktor ist von besonderer Bedeutung: die *Freiwilligkeit der Mobilität(sentscheidung)*. Empfinden Erwerbstätige ihre Mobilität als „Zwang“, wirkt sie sich deutlich negativ auf den allgemeinen Gesundheits-

zustand, das generelle Stresserleben und die psychische Befindlichkeit aus (Rüger 2010). Dies gilt wiederum unabhängig von anderen Merkmalen wie dem Geschlecht, dem Alter, der formalen Schulbildung und dem Erwerbsumfang und bietet damit einiges an Erklärungspotenzial hinsichtlich der Frage, wovon es letztlich abhängt, dass manche Erwerbstätige Mobilität gut, andere hingegen weniger gut bewältigen. Dort wo Mobilität als alternativlos gesehen wird, sie eher als „Zwang“ denn „Chance“ erlebt wird, sind die negativen Auswirkungen für die Gesundheit besonders gravierend.

6 Fazit und Ansatzpunkte betrieblicher Prävention

Hinsichtlich des derzeitigen Forschungsstands zum Thema Mobilität, Wohlbefinden und Gesundheit ist festzuhalten, dass zwar für einzelne Mobilitätsformen belastbare Befunde vorliegen, insgesamt jedoch weiterer Bedarf besteht an umfangreichen und über individuelle Selbsteinschätzungen hinausgehende, „objektive“ Gesundheitsdaten. Es fehlen zudem Längsschnittdaten zur genaueren Erforschung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen und möglichen Selektionseffekten. Bereits die vorliegenden Befunde, die in der Summe auf ein erhöhtes Belastungserleben bei beruflich mobilen Erwerbstätigen verweisen, lassen jedoch die Implementierung einer betrieblichen Gesundheits- und Personalpolitik mit dem Ziel der Verringerung mobilitätsinduzierter Belastungen lohnenswert erscheinen. Dabei können betriebliche Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen ansetzen, um einen erfolgreichen Umgang mit Mobilität zu fördern (Schneider et al. 2010):

- (1) Betriebliche Prävention kann den *kompetenten Umgang mit Mobilität auf individueller Ebene* stärken. Hierzu müssen die Mobilitätskompetenzen und Bewältigungsstrategien des einzelnen Beschäftigten in den Blick genommen werden. Diese können durch die Vermittlung von Wissen und Erfahrungen gezielt (weiter)entwickelt werden. Die Möglichkeiten des Auf- und Ausbaus von Mobilitätskompetenzen in Betrieben reichen dabei von einfachen Schulungen, etwa zur effizienten Planung und Abwicklung von Dienstreisen, bis hin zu komplexeren Personalentwicklungs- und -auswahlprogrammen.
- (2) Die *betrieblichen Rahmenbedingungen* können so gestaltet werden, dass mobilitätsinduzierte Belastungen reduziert werden. Die Stressbelastung des Fernpendelns, die insbesondere bei drohenden Verspätungen auftritt, kann etwa durch die Einführung flexibler Arbeitszeiten vermindert werden. Wochenendpendler entlastet eine Flexibilisierung hinsichtlich des Arbeitsortes; Probleme, die durch lange Abwesenheitszeiten von zu Hause entstehen, können so entschärft und Pendelwege eingespart werden. Gute Rahmenbedingungen existieren auch dann, wenn Planbarkeit und Vorhersehbarkeit von Mobilitätsanforderungen gegeben sind. Dies trägt in erheblichem Maße zu einer gelingenden Bewältigung von Mobilität bei. So schaffen Spielräume bei der Planung von Dienstreisen deutliche Entlastungen. Frühzeitige Informationen über Unternehmensentscheidungen reduzieren das Gefühl der Fremdbestimmtheit und des Kontrollverlustes. Selbst bei Unternehmensverlagerungen können mittels frühzeitiger Information Handlungsoptionen vermittelt

und das Gefühl der Selbstbestimmtheit gestärkt werden.

- (3) Eine *gute Ausstattung des Arbeitsplatzes und gezielte Angebote für spezifische Mobilitätsformen* fördern den erfolgreichen Umgang mit Mobilität. So können Beschäftigte leichter gute Strategien im Umgang mit arbeitsbedingten Reise- bzw. Pendelzeiten entwickeln. Technische Ausstattung, die es ermöglicht, diese Zeit auf Wunsch als Arbeitszeit zu nutzen, kann zur Entlastung beitragen. Erfahrungen mit der Gestaltung der Mobilität von Außendienstmitarbeitern zeigen, dass ein hochwertiges und gut ausgestattetes Dienstfahrzeug deren Wohlbefinden steigert bzw. die umfängliche Reisetätigkeit erst ermöglicht. Ähnliches gilt für den größeren Komfort bei Bahn- und Flugreisen erster Klasse. Bei Inlands- und Auslandsentsendungen ist die gute Integration des Expatriate am neuen Wohn- bzw. Arbeitsort von Bedeutung. Der Erfolg einer Entsendung hängt jedoch in hohem Maße auch von der Zufriedenheit der mitziehenden Familie ab. Hier sind umfassende Programme und Anstrengungen empfehlenswert, die die Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Schule, Wohnung und nicht zuletzt Arbeitsstelle für den mitziehenden Partner einschließen.

Literatur

- GRANT-VALLONE, E. J./ENSHER, E. A. (2001): An examination of work and personal life conflict, organizational support and employee health among international expatriates. In: *International Journal of Intercultural Relations*, 25, 3, pp. 261–278
- HÄFNER, S./KORDY, H./KÄCHELE, H. (2001): Psychosozialer Versorgungsbedarf bei Berufspendlern. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 51, S. T55–T61.
- HENNESSY, D. A. (2008): The impact of commuter stress on workplace aggression. In: *Journal of Applied Social Psychology*, 38, 9, pp. 2315–2335
- HUANG, T.-J./CHI, S.-C./LAWLER, J. J. (2005): The relationship between expatriates' personality traits and their adjustment to international assignments. In: *International Journal of Human Resource Management*, 16, 9, pp. 1656–1670
- JONES, S. (2000): Medical aspects of expatriate health: health threats. In: *Occupational Medicine*, 50, pp. 572–578
- KALTER, F. (1994): Pendeln statt Migration? Die Wahl und Stabilität von Wohnort-Arbeitsort-Kombinationen. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 23, 6, S. 460–476
- KESSELRING, S./VOGL, G. (2010): Betriebliche Mobilitätsregime. Die sozialen Kosten mobiler Arbeit. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 117. Berlin
- KOSLOWSKY, M./KLUGER, A./REICH, M. (1995): *Commuting Stress. Causes, Effects, and Methods of Coping*. New York
- LIMMER, R./COLLET, B./RUPPENTHAL, S. (2010): Introduction: Job-Related Spatial Mobility in Contemporary European Societies. In: Schneider, N. F./Collet, B. (Eds.): *Mobile Living Across Europe II: Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison*. Opladen, pp. 15–23
- LÜCK, D./RUPPENTHAL, S. (2010): Insights into Mobile Living: Spread, Appearances and Characteristics. In: Schneider, N. F./Collet, B. (Eds.): *Mobile Living Across Europe II: Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison*. Opladen, pp. 37–68
- MARTIN, R. (1995): The effects of prior moves on job relocation stress. In: *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 68, pp. 49–56
- NITSCHKE, D. ET AL. (2009): Berufspendeln und Fehlzeiten. Fehlen Fernpendler häufiger bei der Arbeit? In: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (Hg.): *Dokumentation 49. Jahrestagung 11.–14.03.2009 in Aachen*, S. 505–507
- PATEL D. ET AL. (2006): Morbidity in expatriates – a prospective cohort study. In: *Occupational Medicine*, 56, pp. 345–352
- ROSA, H. (2005): Beschleunigung. Die Veränderungen der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt am Main
- RÜGER, H. (2010): Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland und die Folgen für Familie und Gesundheit. In: *Bevölkerungsforschung Aktuell*, 31, 2, S. 8–12
- RÜGER, H./RUPPENTHAL, S. (2010): Advantages and Disadvantages of Job-related Spatial Mobility. In: Schneider, N. F./Collet, B. (Eds.): *Mobile Living Across Europe II: Causes and Consequences of Job-Related Spatial Mobility in Cross-National Comparison*. Opladen, pp. 69–94
- RUPPENTHAL, S. (2010): Vielfalt und Verbreitung berufsbedingter räumlicher Mobilität im europäischen Vergleich. In: *Bevölkerungsforschung Aktuell*, 31, 2, S. 2–7
- RUPPENTHAL, S./LÜCK, D. (2009): Jeder fünfte Erwerbstätige ist aus beruflichen Gründen mobil. Berufsbedingte räumliche Mobilität im Vergleich. In: *ISI (Informationsdienst soziale Indikatoren)*, 42, S. 1–5
- SCHNEIDER, N. F./LIMMER, R./RUCKDESCHEL, K. (2001): Berufsmobilität und Lebensform. Sind berufliche Mobilitätserfordernisse in Zeiten der Globalisierung noch mit der Familie vereinbar? Hg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart (Schriftenreihe des BFSFJ; Bd. 208)
- SCHNEIDER, N. F./RÜGER, H./MÜNSTER, E. (2009): Berufsbedingte räumliche Mobilität in Deutschland. Formen, Verbreitung und Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Familienleben. In: *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 44, 7, S. 400–409
- SCHNEIDER, N. F./RUPPENTHAL, S./RÜGER, H. (2010): Berufliche Mobilität. In: Windemuth, D./Jung, D./Petermann, O. (Hg.): *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf*. Wiesbaden, S. 146–154
- SENNETT, R. (2000): *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin
- SPIß, E./STROPPIA, C. (2010): Soziale Unterstützung, Stresserleben und Zufriedenheit beim Auslandsaufenthalt. In: *Zeitschrift für Personalführung*, 24, 3, S. 290–296
- STUTZER, A./FREY, B. S. (2008): Stress that Doesn't Pay: The Commuting Paradox. In: *The Scandinavian Journal of Economics*, 110, 2, pp. 339–366
- TAKEUCHI, R./YUN, S./TESLUK, P. E. (2002): An examination of crossover and spillover effects of spousal and expatriate cross-cultural adjustment on expatriate outcomes. In: *Journal of Applied Psychology*, 87, 4, pp. 655–666
- Urry, J. (2007): *Mobilities*. Cambridge
- WESTMAN, M. (2004): Strategies for Coping With Business Trips: A Qualitative Exploratory Study. In: *International Journal of Stress Management*, 11, 2, pp. 167–176

Neue Arbeitsformen, neue Belastungen – Diskontinuierliche Beschäftigung am Beispiel der IT-Branche

Dagmar Siebecke

Technische Universität Dortmund, Initiatorin des Burnout-Präventionsnetzwerkes „Burnon-Zentrum“

In Zeiten der Globalisierung, befürchteter Rezessionen und wirtschaftlicher Krisen wird Flexibilität zum Schlüsselwort für wirtschaftlichen Erfolg. Entsprechend nimmt auch die Zahl flexibler Beschäftigungsverhältnisse weiterhin deutlich zu. Gerade in der wissensorientierten Arbeit sind diskontinuierliche Erwerbsbiografien inzwischen zum Breitenphänomen geworden. So lag beispielsweise 2008 die Quote unbefristet Vollzeitbeschäftigter im Dienstleistungsbereich nach einer Studie des IZA nur noch bei 53 % (Eichhorst et al. 2010, S. 14). In der Softwareentwicklung hat die Zahl der Soloselbstständigen von 1998 bis 2008 um 93 % zugenommen (Kelleter 2009, S. 1208). Wechsel der Beschäftigungsformen zwischen Vollzeit, Teilzeit, Zeitarbeit, abhängiger Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Selbstständigkeit sind an der Tagesordnung. Auch die Berufsbilder und Ausbildungsordnungen sind im Wandel. Job-Hopping oder das Arbeiten als Quereinsteiger ist fast schon Normalität.

Die IT-Branche ist also in vielerlei Hinsicht Vorreiter dieser modernen Arbeit und flexibler Arbeitsstrukturen. Hier kann aufgezeigt werden, welche Implikationen mit den Flexibilisierungstendenzen in der Wissensarbeit verbunden sind, welche neuen Belastungskonstellationen und gegebenenfalls neuen Ressourcen entstehen und was dies für die Gesundheit sowie die gesundheitliche Prävention bedeutet.

Die Technische Universität Dortmund hat sich in einer Online-Befragung den gesundheitlichen Auswirkungen diskontinuierlicher Arbeit in der IT-Branche gewidmet. Es beteiligten sich 344 Personen, darunter 113 Soloselbstständige (eine ausführliche Ergebnisdarstellung findet sich bei Siebecke/Lisakowski 2010a; 2010b).

Belastung und Beanspruchung diskontinuierlich Beschäftigter

Alarmierendes Ergebnis der Befragung war, dass viele IT-Beschäftigte über gesundheitliche Probleme berichteten, von denen sie vermuteten, dass die Beschwerden durch die Arbeit bedingt sein könnten (s. Abbildung 1).

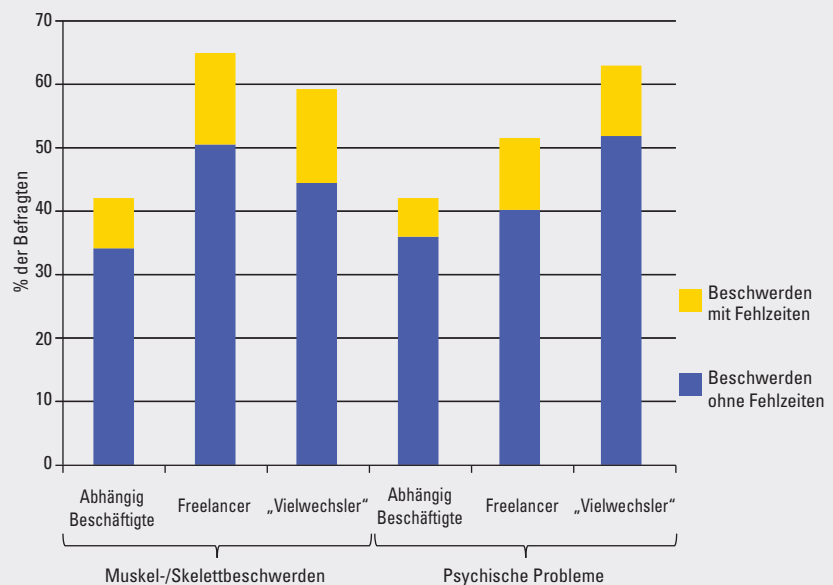
Hier sind besonders die Muskel-/Skelettbeschwerden und die psychischen Probleme zu nennen. Freelancer (Alleinselbstständige) sind hierbei noch deutlich stärker betroffen als abhängig Beschäftigte. So klagten 65 % der Selbstständigen über (nach Selbsteinschätzung vermutlich arbeitsbedingte) Muskel-/

Skelettbeschwerden in den vergangenen zwölf Monaten, etwa jeder zweite über vermutlich arbeitsbedingte psychische Probleme. Die befragten Freelancer waren sowohl von Ängsten und negativen Emotionen als auch von Erschöpfung und Regenerationsunfähigkeit stärker betroffen als die abhängig Beschäftigten.

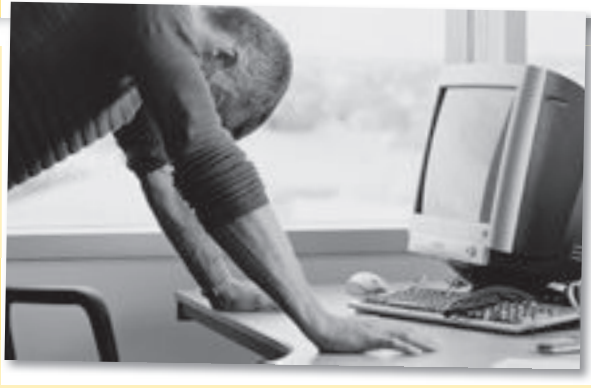
Ähnlich sieht der Effekt bei Personen aus, die häufig den Arbeitsplatz gewechselt haben: „Vielwechsler“ (Personen, die mehr als siebenmal einen neuen Arbeitsplatz antraten), berichteten zu 59 % über Muskel-/Skelettbeschwerden. Der Anteil der Personen mit psychischen Problemen war hier sogar noch größer: Zwei Drittel der „Vielwechsler“ berich-

Abbildung 1

Gesundheitliche Beschwerden, die nach Angaben der Befragten arbeitsbedingt sein könnten



Als „Vielwechsler“ werden in der Studie Personen definiert, die mindestens siebenmal nach ihrer Ausbildung den Arbeitsplatz gewechselt haben



teten über vermutlich arbeitsbedingte psychische Beschwerden.

Die Belastung und Beanspruchung wird als so schwerwiegend empfunden, dass nur jeweils jeder Dritte Freelancer und „Vielwechsler“ sowie nur 41 % der abhängig Beschäftigten davon ausgehen, die Belastung bis zum Rentenalter von 65 Jahren aushalten zu können.

Erschreckend viele (14 %) Selbstständige meinten, dass sie die beruflichen Belastungen schon jetzt kaum noch aushalten könnten und eigentlich in diesen jungen Jahren (Durchschnittsalter 43) schon aufhören müssten – bei den „Vielwechslern“ war das Beanspruchungsempfinden sogar bei etwa jedem Fünften derart stark (bei einem durchschnittlichen Alter von 47 Jahren).

Aber der Stress und die Arbeitsempfindungen wurden bei den Freelancern nicht nur negativ eingeschätzt. Zwar fühlte sich nur ein Viertel von ihnen nicht erschöpft oder regenerationsunfähig. Die meisten Selbstständigen (etwa zwei Drittel) nannten aber eine starke oder sehr starke positive Leistungsorientierung – sie empfanden den beruflichen Stress als angenehm, fühlten sich verantwortlich, erwarteten viel von sich, berichteten von Spaß an der Arbeit und waren stolz auf ihre Leistungen. Bei den abhängig Beschäftigten waren dies hingegen weniger als die Hälfte (43 %).

Viele Selbstständige sagten in Interviews „Für meine Gesundheit war die Entscheidung für die Selbstständigkeit das Beste, was ich tun konnte“.

Offenbar gibt es unter den Freelancern viele, die mit großem Spaß und Einsatz dabei sind, die durch ihre Arbeit nicht erschöpft sind und die gut abschalten kön-

nen. Genauso gibt es aber auch einen großen Teil, der seine Grenzen überschreitet und bei dem die Arbeitsfreude und der Einsatzwille verloren gegangen sind.

Für die Arbeitsgestaltung und den präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz ist nun von zentraler Bedeutung, welche Faktoren der modernen Wissensarbeit dafür verantwortlich sind, dass sich Beschäftigte nicht mehr erholen können, dass sie arbeitsbedingt erkranken und dass sie negative (oder eben positive) Emotionen der Arbeit gegenüber ausbilden.

Als Merkmale der Arbeit als Allein-selbstständiger zeigten sich ein eingeschränkter sozialer Austausch und eine schlechtere Work-Life-Balance, die sich insbesondere in einer stärkeren Verschmelzung von Arbeit und Privatleben sowohl in zeitlicher als auch räumlicher Hinsicht äußerten. Freelancer arbeiteten mobiler (mehr Einsätze bei Kunden, mehr Dienstreisen, mehr mehrtätige Auswärtseinsätze), nannten mehr Ergonomieprobleme und berichteten über eine größere wirtschaftliche Unsicherheit. Einen bedeutsamen Zusammenhang zu psychischen Problemen zeigten dabei aber nur der eingeschränkte soziale Austausch und die Defizite in der Work-Life-Balance.

Auf der Plusseite verbuchen die Selbstständigen mehr Freiheitsgrade in zeitlicher und organisatorischer Hinsicht, höhere Wertschätzung und gerechtere Vergütung. Diese positiven Aspekte sind die zentralen Ressourcen selbstständiger Arbeit: Personen mit hohen Freiheitsgraden und günstigen Gratifikationsbedingungen waren in der Befragung auch diejenigen, die ihren Stress als positiv empfanden und die keine psychischen Probleme äußerten.

Personen, die hingegen von psychischen Problemen berichteten, waren insbesondere solche, die sich zu wenig wertgeschätzt fühlten und die ihre Arbeitsbedingungen als selten kohärent – analog zu den Kohärenzfaktoren Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit nach Antonovsky (z.B. 1997) – wahrnahmen. Das heißt, sie hatten das Gefühl, ihre Aufgaben schlecht bewältigen zu können, häufig wenig sinnvolle und schlecht strukturierte Aufgaben zu erledigen. Dies galt sowohl bei fest angestellten Personen als auch bei Soloselbstständigen als auch bei „Vielwechslern“ – letztere berichteten auffallend häufig von geringer Kohärenz.

Präventionsverhalten

In der Erhebung wurden verschiedene Präventionsaktivitäten abgefragt. *Privat* betreiben danach mehr Freelancer als abhängig Beschäftigte Prävention. Bei beiden Gruppen spielt Prävention aber erst dann eine Rolle, wenn erste Beschwerden verspürt werden. Damit können die Präventionsaktivitäten nicht als Primär-, sondern eher als Sekundär- oder Tertiärprävention eingestuft werden. Junge Beschäftigte der IT-Branche (zwischen 20 und 30 Jahren) betreiben so gut wie keine Gesundheitsvorsorge. „Vielwechsler“ unterscheiden sich von Personen mit stabileren Erwerbsbiografien lediglich darin, dass bedeutsam mehr „Vielwechsler“ in letzter Zeit psychologische Beratung in Anspruch genommen haben.

Bei den betrieblichen Präventionsangeboten dominiert die neue ergonomische Arbeitsplatzausstattung, von der fast jeder vierte abhängig Beschäftigte profitieren konnte – allerdings nur 4 % der Freelancer. Auch die ansonsten von den Betrieben angebotenen Präven-



tionsaktivitäten wie verbessertes Projektmanagement, Umstrukturierung der Arbeit, psychologische Beratung/Coaching, Stressbewältigung oder Sport und Entspannung erreichen die Selbstständigen so gut wie gar nicht. Die Anzahl der Arbeitsplatzwechsel hat bei der Inanspruchnahme von betrieblichen Maßnahmen keinen Einfluss.

Freelancer sind offenbar bei ihren Präventionsaktivitäten auf sich allein gestellt. Entsprechend wünschen sie sich auch häufiger als abhängig Beschäftigte passende Unterstützung.

Erschreckendes Ergebnis bei den „Vielwechslern“ war, dass ein Drittel von ihnen meinte, das Unternehmen habe kein Interesse an ihrer Gesunderhaltung (unter den Personen mit weniger als vier Wechseln meinen dies nur 13%).

Anforderungen an die Prävention in moderner Wissensarbeit

Die Ergebnisse der Befragung zeichnen ein düsteres Bild – sowohl hinsichtlich der Ausprägung psychischer Beanspruchung und Erkrankungen als auch hinsichtlich der Reichweite aktueller privater und betrieblicher Prävention.

Ziele des Arbeits- und Gesundheitsschutzes müssen vor diesem Hintergrund sein,

- dass Prävention wirklich als Prävention betrieben wird. Das heißt, dass Prävention nicht erst dann ansetzen sollte, wenn erste gesundheitliche Probleme aufgetaucht sind und nicht erst im Alter von 30 Jahren. Motivierung ist hier die zentrale Herausforderung.
- dass auch Freelancer durch Präventionsangebote erreicht werden und bei ihrem Präventionsverhalten

unterstützt werden. Unter den Freelancern artikulieren viele Befragte Unterstützungswünsche in verschiedenen Bereichen der Prävention (z.B. bezüglich internetgestützter Präventions-Coaching-Programme, Stressbewältigungstrainings, Projektmanagement, Umstrukturierung der Arbeit etc.). Diese müssen entsprechend der dargestellten Zusammenhänge sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisprävention gerichtet sein. Daraus folgt:

- dass auch bei den Freelancern die konkreten Arbeitsbedingungen bei der Prävention (sowohl bei der primären als auch der sekundären und tertiären) einbezogen werden. Soloselbstständige erleben keine betriebliche Gesundheitsförderung (weder von betrieblicher Seite noch vonseiten der Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften) und keine arbeitsmedizinische Betreuung. Sie haben keine Kontakte zur Arbeitswissenschaft/Arbeitsforschung. Wenn sie psychische Probleme haben, ist für sie der einzige Ansprechpartner ein Arzt oder klinischer Psychologe. Entsprechend zielen bislang Interventionen rein auf die Verhaltens- und Kognitionsebene. Die realen Arbeitsbedingungen bleiben außen vor.
- dass für Selbstständige Präventionsangebote unabhängig vom jeweiligen Auftraggeber und flexibel nutzbar sein sollten.
- dass auf individueller Ebene bei Alleinselbstständigen die Probleme des sozialen Austauschs und der Work-Life-Balance eine zentrale Gestaltungsaufgaben sind.

Werden diese Anforderungen vernachlässigt und fehlen entsprechende Unterstützungsstrukturen, so droht der IT- und Medienbranche der Verlust gerade der

kompetenten und flexiblen Beschäftigten. Freelancer und „Vielwechsler“ stellen ein großes Flexibilitäts- und Kompetenzpotenzial in der Wissensökonomie dar. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Wertschöpfung durch ihr Engagement, ihr unternehmerisches Denken, ihre Verantwortungsübernahme und Anpassungsfähigkeit. Gleichzeitig werden sie aber bei Fragen der Prävention, Bildung, sozialen Sicherheit und Work-Life-Balance alleingelassen. Dies kann zum Ausbrennen und Wegbrechen eines wichtigen Segmentes der modernen wissensorientierten Wirtschaft führen.

Literatur

- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen
- EICHHORST, W. ET AL. (2010): Traditionelle Beschäftigungsverhältnisse im Wandel. IZA Research Report No. 23. Gütersloh
- KELLETER, K. (2009): Selbstständige in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2008. In: Statistisches Bundesamt (Hg.): Wirtschaft und Statistik 12/2009, S. 1204–1217
- SIEBECKE, D./LISAKOWSKI, A. (2010a): Prävention bei Freelancern und diskontinuierlich Beschäftigten in der IT-Branche. In: Becke, G. et al. (Hg.): Innovation durch Prävention. Gesundheitsförderliche Gestaltung von Wissensarbeit. Bremerhaven, S. 191–212
- SIEBECKE, D./LISAKOWSKI, A. (2010b): Belastungen, Beanspruchungen und Ressourcen in der IT-Arbeit. Befragung von Beschäftigten und Freelancern der IT- und Medienbranche. In: Keupp, H./Dill, H. (Hg.): Erschöpfende Arbeit. Gesundheit und Prävention in der flexiblen Arbeitswelt. Transkript. Bielefeld, S. 119–142

Führungsverhalten – Auswirkungen auf die Gesundheit

Sabine Gregersen – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation (GPR), Fachbereich Gesundheitsschutz

Welchen Einfluss haben Führungskräfte auf die Gesundheit der Mitarbeiter? Dies ist eine Fragestellung, die häufig kontrovers diskutiert wird. Einseitige Schuldzuschreibungen sind für die Diskussion jedoch nicht hilfreich. Denn auf die Gesundheit der Mitarbeiter wirken zahlreiche Faktoren ein – sowohl in der Arbeits- als auch in der Freizeit. Aus der Perspektive der Führungskräfte sollte es vor allem darum gehen, mögliche Gestaltungsspielräume aufzuzeigen und zu nutzen.

Die Komplexität des Themas Führung und die unterschiedlichen Betrachtungsweisen erschweren eine Orientierung. Zum besseren Verständnis ist eine Differenzierung zwischen Unternehmensführung (Geschäftsführung), Personalmanagement und personaler Führung (Mitarbeiterführung) hilfreich.

Bei Unternehmensführung und Personalmanagement handelt es sich um allgemeine Steuerungsfunktionen, die die gesamte Organisation oder Teile der Organisation betreffen, z.B. Entlohnungs- und Anreizsysteme. Dabei wird über Strukturen und organisationale Rahmenbedingungen das Erleben und Verhalten von Mitarbeitern beeinflusst.

Die unmittelbare Einwirkung auf den Mitarbeiter erfolgt über die personale Führung (Führungsverhalten), d.h. die Beeinflussung von Einstellungen und Verhalten einzelner Personen in Organisationen sowie die Steuerung und Koordination der Zusammenarbeit in und zwischen Gruppen (Wegge/von Rosenstiel 2007; Felfe 2009). Das Ziel von Mitarbeiterführung ist es, das Verhalten von Mitarbeitern im Sinne der Organisationsziele zu steuern (Neuberger 2002; Gebert/von Rosenstiel 2002; Wegge/von Rosenstiel 2007; Felfe 2009; Yukl 2002). Der Schwerpunkt der

Betrachtung in diesem Beitrag liegt auf dem direkten Führungsverhalten (personale Führung).

Führung hat einen besonderen Stellenwert und wird in der Regel von allen Beteiligten als existenziell erlebt. Wie auch immer Führung verstanden und praktiziert wird, stets wird mit dem Prozess der Führung eine Beziehung (Vorgesetzter – Mitarbeiter) mit einer bestimmten Thematik und einer spezifischen Dynamik beschrieben.

In der Tradition der Führungsforschung stand der Einfluss des Führungsverhaltens auf Leistung, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten im Vordergrund. In den vergangenen Jahren zeigte sich ein zunehmendes Interesse, den Einfluss des Führungsverhaltens auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu untersuchen (Vincent 2011). Es wird vermutet, dass das Führungsverhalten besonders starke Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitern hat.

Psychische Gesundheit wird häufig definiert als ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen (World Health Organization 2004). Die psychische Gesundheit als integraler Bestandteil der Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit und eng mit der körperlichen Gesundheit verbunden.

Der Stand der Forschung über den Zusammenhang von Führung und Gesundheit

Obwohl der Einfluss von Führungsverhalten auf die Gesundheit von Mitar-

beitern aktuell verstärkt Gegenstand wissenschaftlicher Forschung ist, gibt es bislang keine einheitlichen Ergebnisse. Unklar ist zum Beispiel, wie weit der Einfluss von Führungskräften geht und was genau die einzelne Führungskraft unternehmen kann, um Gesundheit und Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter zu fördern. Um dies herauszufinden, wurden in jüngster Zeit einige Literaturstudien bzw. Metaanalysen durchgeführt (Skakon et al. 2010; Gregersen et al. 2010; Kuoppala et al. 2008).

Die Sichtung der durch Datenbankrecherchen gefundenen Studien, Reviews und Metaanalysen mit Publikationsdatum zwischen 1990 und 2009 (Gregarson et al. 2010) verdeutlichte, dass Führungsverhalten sowohl als Ressource als auch als Stressor wirken kann.

Besonders häufig wurde in den Studien die Wirkung sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte als potenzielle Ressource untersucht und bestätigt. Transformationale, zu einem geringeren Anteil auch transaktionale Führung haben ebenso positive gesundheitliche Folgen wie ein mitarbeiterorientierter Führungsstil. Bei diesem begegnet die Führungskraft dem Geführten mit Wertschätzung, Achtung und Offenheit, ist bereit zur Kommunikation und zeigt Einsatz und Sorge für den Einzelnen. Unter transformationaler Führung versteht man ein Führungsverhalten, das folgende sechs Dimensionen abdeckt: Charisma, Einfluss durch Vorbildlichkeit, Einfluss durch Verhalten, Motivation durch begeisternde Visionen, Förderung des kreativen und unabhängigen Denkens, individuelle Unterstützung und Förderung. Eine transaktionale Führung hat drei Dimensionen: leistungsorientierte Belohnung, Führung durch aktive Kontrolle sowie Führung durch Eingreifen im Ausnahmefall.

Bei der Aufgabenorientierung übernimmt die Führungskraft die Definition, Klärung und Strukturierung des Ziels und des Weges dorthin, aktiviert und motiviert den Geführten zu Leistungen und kontrolliert diesen. Die Aussagen zum Einfluss eines aufgabenorientierten Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Mitarbeiter sind jedoch nicht eindeutig: Es bleibt offen, ob dieses Führungsverhalten – um nicht gesundheitsgefährdend zu wirken – mit einer hohen Mitarbeiterorientierung kombiniert werden sollte oder ob es gesundheitlich neutral ist.

Darüber hinaus bestätigen Studien, dass das Führungsverhalten auch ein Risikofaktor sein kann, sowohl bezogen auf konkrete Verhaltensweisen (z.B. Ungeduld des Vorgesetzten) als auch durch Laissez-faire-Führung. Laissez-faire-Führung ist ein passiver, ineffizienter Verhaltensstil, der häufig eine negative Wirkung auf die Gesundheit der Mitarbeiter hat. Dieser Stil ist durch Gewährenlassen und einen weitgehenden Verzicht auf Führung und Einfluss gekennzeichnet.

Einen Überblick über die Ergebnisse der Literaturstudie gibt die *Tabelle 1*.

Zudem beeinflussen weitere Faktoren die Gesundheit. Dabei scheinen beispielsweise die jeweiligen Persönlichkeitseigenschaften der Geführten eine Rolle zu spielen. Das Führungsverhalten wirkt sich nicht ausschließlich direkt auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus, sondern auch mittelbar über Faktoren wie Arbeitsbedingungen oder Arbeitszufriedenheit. Die Ergebnisse dieser Literaturstudie bestätigen, dass das Führungsverhalten Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter hat. Zu diesem Ergebnis kommen auch andere Literaturübersichten (Skakon et al. 2010; Kuoppala et al. 2008).

Es ist jedoch schwierig, Aussagen über das Ausmaß der Varianzaufklärung von Führung auf gesundheitsbezogene Indikatoren zu machen, d.h. wie genau sich die Auswirkungen des Führungsverhaltens auf die Gesundheit der Mitarbeiter vorhersagen lassen. Die Vorhersagekraft von Führungskonzepten hinsichtlich Burn-out und Depersonalisation liegt bei ca. 9–15% und auf das Wohlbefinden (operationalisiert durch Arbeitszufriedenheit) bei ca. 40–50% (Gegersen et al. 2011; Vincent 2011, Stordeur et al. 2001).

Bei der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und Gesundheit der Mitarbeiter lag der Schwerpunkt bisher auf gängigen wissenschaftlichen Führungskonzepten, wie z.B. transformationaler Führung. Häufig wird an diesen Führungskonzepten der geringe praktische Nutzen, die allgemeinen Formulierungen und der fehlende Bezug zur Gesundheit der Mitarbeiter kritisiert (Franke/Felfe 2011; Vincent 2011; Gegersen et al. 2010; Brückner 2009). Die Herausforderung liegt darin, künftig den bestätigten Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Gesundheit der Mitarbeiter in ihren Wirkmechanismen differenzierter zu erklären.

Gesundheit als Führungsaufgabe

Projekte aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und aus der betrieblichen Gesundheitsförderung weisen die Unterstützung durch das Management als zentralen Erfolgsfaktor aus (Münch et al. 2003; Elke/Zimolong 2000; Badura 1999).

Inzwischen sind die Kenntnisse, wie Führungskräfte ihrer Aufgabe, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern, in der Praxis nachkommen können, weit fortgeschritten (Bamberg et al. 1999;

Berger et al. 2006; Brandenburg et al. 2000; Franke/Felfe 2011; Vincent 2011; Gegersen/Zimber 2008; Mattysek 2003; Stadler/Spieß 2002; Ulich/Wülser 2005; Wilde et al. 2010; Zapf/Dormann 2001), z.B. durch Gefährdungsbeurteilungen, gesundheitsbezogene Dienstbesprechungen, Gestaltung der Arbeitszeiten, wertschätzende Kommunikation.

Führungskräften kommen sowohl Aufgaben im traditionellen Arbeitsschutz (Reduzierung vermeidbarer Belastungen) als auch bei der Gesundheitsförderung im weiteren Sinne (Förderung von Ressourcen) zu. Es geht also nicht ausschließlich um die Reduzierung von Belastungen (z.B. Zeitdruck), sondern auch um die Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen (z.B. eigenständige Gestaltung der Arbeitsabläufe).

Aus der Praxis ist bekannt, dass Führungskräfte häufig ihren Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter – was die Gestaltung von Rahmen- und Arbeitsbedingungen, aber auch ihre Vorbildwirkung anbelangt – unterschätzen (Zimber/Gegersen 2007; Matyssek 2009). In diesem Zusammenhang spielen der geringe Stellenwert von Gesundheit, Unkenntnis über Gestaltungsmöglichkeiten sowie die Befürchtung, eine lästige Zusatzaufgabe übernehmen zu müssen, eine zentrale Rolle.

Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe kann der Führungskraft nahegebracht werden, indem man sie dazu bewegt, sich mit der eigenen Gesundheit eingehender auseinanderzusetzen. Es wird eine persönliche Betroffenheit hergestellt und werden Gestaltungsspielräume aufgezeigt. Das fördert die Akzeptanz bei Führungskräften, die Gestaltung der Arbeits- und Rahmenbedingungen von Mitarbeitern als gesundheitsrelevante Führungsaufgaben wahrzunehmen.

Tabelle 1

Ergebnisse der Literaturstudie

Untersuchter Einflussfaktor	Untersucht in	Besteht ein statistischer Zusammenhang?	Untersuchte Merkmale/Wirkung
Risikofaktoren/Stressoren (gesundheitsbeeinträchtigend)			
Soziale Stressoren (bedingt durch Vorgesetztenverhalten)/ unzureichendes Konfliktmanagement	4 Publikationen	Ja, in allen Studien	Negative Wirkung auf Anwesenheit beziehungsweise Krankenstand, Arbeitszufriedenheit, psychische Gesundheit
Ressourcen (gesundheitsförderlich)			
Mitbestimmungs- und Beteiligungsmöglichkeiten/ Anerkennung und Wertschätzung/Gerechtigkeit/ Kommunikationsmöglichkeiten/ Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte	22 Publikationen	Ja, außer einer	Positive Wirkung auf Anwesenheit beziehungs- weise Krankenstand, psychische und physische Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Burn-out, Arbeitszufriedenheit
Konzept der transformationalen, transaktionalen und Laissez-faire-Führung			
Transformationale Führung	12 Publikationen	Ja, in allen Studien	Positive Wirkung auf psychische Gesundheit bzw. Befindensbeeinträchtigungen, Arbeitszufriedenheit, Transaktionale Führung
Transformationale Führung Leistungsorientierte Belohnung	8 Publikationen	Ja, außer einer (uneinheitliche Ergebnisse) ^{1*}	Positive Wirkung auf Stress bzw. Burn-out und Arbeitszufriedenheit
Kontrolle (aktiv und im Ausnahmefall)	s. o.	s. o.	Negative Wirkung auf Stress
Laissez-faire-Führung	5 Publikationen	Ja, außer einer (uneinheitliche Ergebnisse)*	Negative Wirkung auf Stress
Konzept der Aufgaben-/Mitarbeiterorientierung			
Mitarbeiterorientierung (MO) und Aufgabenorientierung (AO)	8 Publikationen	Ja, in allen Studien Ausnahme: Aufgabenorientierung bei zwei Studien (uneinheitliche Ergebnisse)*	Positive Wirkung von MO auf Arbeitszu- friedenheit, Stress, Burn-out und Fehlzeiten; negative Wirkung von hoher AO gekoppelt mit geringer MO auf gesundheitliche Beschwerden (z.B. Burn-out)
Sonstige Aspekte von Führung (zusammengefasst: Zufriedenheit mit Führung [F])			
Zufriedenheit mit der Führung/ supervisor's attitude (Einstellung von Führungskräften)/Vorge- setzten und Führungsverhalten allgemein/Kommunikation und Beziehung/Beziehung zum Vorgesetzten	13 Publikationen	Ja, außer einer	Geringe Zufriedenheit mit F: negative Wirkung auf Ängstlichkeit, Depression und Stress; hohe Zufriedenheit mit F: positive Wirkung auf psychisches Wohlbefinden, Arbeitsfähigkeit

¹ Bei uneinheitlichen Ergebnissen konnte häufig keine Wirkung nachgewiesen werden.

1. Eigene Gesundheit von Führungskräften – Führung der eigenen Person

Die Grundannahme dieser Betrachtungsweise ist, dass Führungskräfte, die auf ihre eigene Gesundheit achten, auch die Gesundheit ihrer Mitarbeiter verstärkt berücksichtigen.

Der Gesundheitszustand von Führungskräften ist bei Zugrundelegen des Kriteriums Krankenstand als gut zu bewerten. Jedoch gibt es Befragungsergebnisse, die darauf hinweisen, dass Führungskräfte trotz Krankheit zur Arbeit gehen. Eine weitere Relativierung erfährt dieser „gute“ Gesundheitszustand, wenn andere Kriterien berücksichtigt werden wie z.B. die kognitive und emotionale Beanspruchung (Irritation), die bei Führungskräften signifikant erhöht ist (Pangert/Schüpbach 2011). Hieraus lässt sich eine Relevanz für die gesundheitsförderliche Selbstführung ableiten.

Ausgehend von der gesundheitspsychologischen Forschung sind folgende Aspekte gesundheitsförderlicher Selbstführung relevant (Franke/Felfe 2011):

- Bereitschaft, sich mit der eigenen Gesundheit und gesundheitlichen Risiken bewusst auseinanderzusetzen (gesundheitsbezogene Achtsamkeit), d.h. merken, wenn etwas gesundheitlich nicht stimmt
- gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Maßnahmen kennen und umsetzen (gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeit), also wissen, wie man übermäßigen Belastungen vorbeugen kann

- hoher Stellenwert der Gesundheit im Vergleich zu anderen Werten (Gesundheitsvalenz), um gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz abzubauen

Die gesundheitsorientierte Selbstführung dient als Vorbild und Anregung für die Mitarbeiter. Studienergebnisse (Franke/Felfe 2011) belegen, dass sich diese Vorbildwirkung positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter auswirkt: „Wenn Mitarbeiter ihre Führungskraft nicht als Vorbild für Gesundheit sehen, berichten sie vier Monate später eine fast vierfach erhöhte Irritation und mehr als doppelt so viele psychosomatische Beschwerden verglichen mit Mitarbeitern, die in ihrer Führungskraft ein Vorbild sehen“ (Franke/Felfe 2011, S. 9–10). Dabei bewirkt die gesundheitsförderliche Vorbildfunktion, dass sich die Mitarbeiter ebenfalls gesundheitsförderlicher verhalten.

2. Gestaltung von Arbeitsbedingungen, -organisation und Rahmenbedingungen

Ein freundlicher und respektvoller Umgang mit den Mitarbeitern durch die Führungskräfte ist ein zentraler Einflussfaktor für deren Gesundheitszustand. Jedoch wird zunehmend diskutiert, dass es weitere führungsbezogene Einflussfaktoren gibt, z.B. die Gestaltung von Arbeitsbedingungen. Häufig unterschätzen Führungskräfte ihren Einfluss auf diesem Gebiet.

Das von Vincent (2011) entwickelte theoretische Rahmenmodell der gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhalten-Analyse (GEFA)

veranschaulicht den Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit bei dem Faktor Arbeitsbedingungen. Dieses Modell beschreibt, dass Führungskräfte einen direkten Einfluss auf Anforderungen (z.B. komplexe Denk- und Planungserfordernisse – Mitarbeiter fordern und Kompetenzen entwickeln), Stressoren (z.B. Übertragung zu vieler Aufgaben – Entstehung von Stress) und Ressourcen (z.B. Ermöglichen von Handlungsspielräumen – positiver Effekt auf Gesundheit) haben und somit vermittelt über die Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter einwirken.

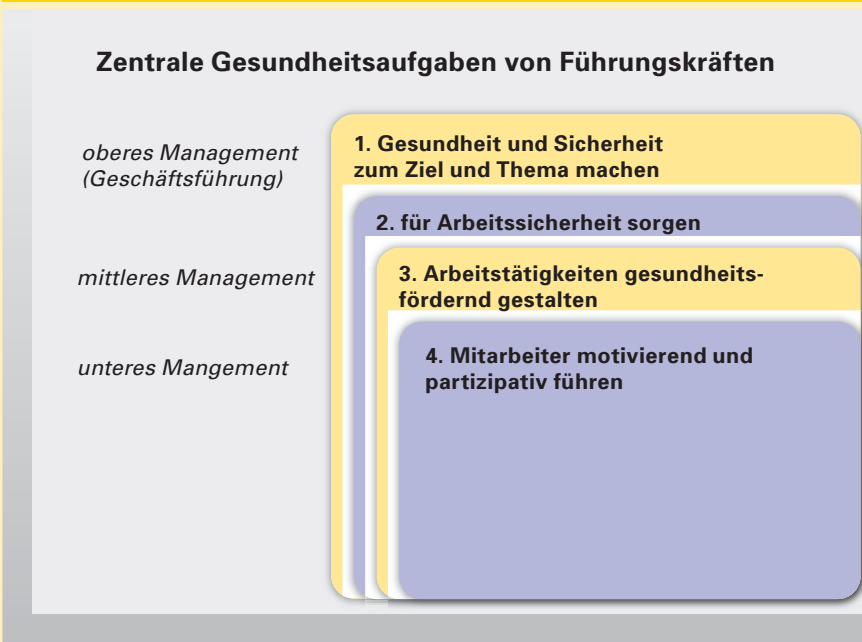
Ausgehend von diesem Rahmenmodell wurden folgende Faktoren gesundheitsförderlicher Führung als relevant beschrieben (Vincent 2011):

- Unterstützungsorientierte Führung: Unterstützung/Information, Klarheit/Transparenz, Anerkennung/Feedback, Konfliktmanagement, Kooperation. Beispiel: Die Führungskraft lässt die Mitarbeiter wissen, wie gut sie ihre Arbeit machen.
- Entwicklungsorientierte Führung: Komplexität/Variabilität, Handlungsspielraum, Partizipation, Vertrauen in die Fähigkeiten der Mitarbeiter. Beispiel: Die Führungskraft beteiligt ihre Mitarbeiter bei der Gestaltung von Veränderungen.
- Überfordernde Führung: Quantitative und qualitative Führung. Beispiel: Die Führungskraft setzt ihre Mitarbeiter häufig unter Zeitdruck.

Darüber hinaus wurde nachgewiesen (Vincent 2011), dass anhand dieses gesundheits- und entwicklungsförderlichen Führungsverhaltens das Befinden der

Abbildung 1

Gesundheitsaufgaben und Managementebenen, die vorrangig an der jeweiligen Umsetzung beteiligt sind



Mitarbeiter besser vorhergesagt werden kann als anhand der transformationalen Führungsskalen.

Rahmenbedingungen für ein gesundheitsgerechtes Führungsverhalten

Führungskräfte haben über ihr Führungsverhalten einen direkten und indirekten Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Jedoch ist auch das Führungsverhalten an gesamtbetriebliche Rahmenbedingungen gebunden. Sowohl die Unternehmensführung (Geschäfts-

führung) als auch das Personalmanagement gestalten die Grundlage bzw. die Voraussetzungen für ein gesundheitsförderndes Führungsverhalten, deshalb sollte im Unternehmensleitbild neben den Qualitätszielen auch das Wohlbefinden der Mitarbeiter als Unternehmensziel („Welchen Stellenwert hat Gesundheit im Unternehmen?“) festgelegt sein oder strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden, z.B. Qualifizierung von Führungskräften (auf der Grundlage von Leitlinien zu „gesundheitsfördernder Führung“, durch Beratung durch Gesundheitsschutzexperten).

Gesundheitsfördernd führen sollte nicht nur der direkte Vorgesetzte, sondern es handelt sich um eine Führungsaufgabe, die sich über die verschiedenen Hierarchieebenen erstreckt. „Gesundheitsfördernde Führung“ beinhaltet, die Gesundheit der Mitarbeiter zum Ziel und zum Thema zu machen, für Gesundheit und Sicherheit zu sorgen, Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd zu gestalten und Mitarbeiter motivierend und partizipativ zu führen.

Die vier Handlungsfelder beinhalten sowohl notwendige Führungsstrukturen, d.h. formale Bedingungen, als auch das Führungsverhalten der Vorgesetzten. An der Umsetzung der damit verbundenen Aktivitäten sind alle betrieblichen Führungsebenen beteiligt (s. *Abbildung 1*) (vgl. Gregersen/Zimber 2008; Zimber/Gregersen 2011).

Fazit

Die Forschungsbefunde und Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass Führungskräfte einen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter haben. Führungskräfte können über die Gestaltung der Arbeits- und Rahmenbedingungen sowie ihre Vorbildfunktion Einfluss nehmen. Dies ist nicht nur eine Aufgabe des direkten Vorgesetzten, sondern bezieht alle Hierarchieebenen eines Unternehmens ein.

Literaturverzeichnis s. nächste Seite

Literatur

- BADURA, B./RITTER, W./SCHERF, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin
- BAMBERG, E./DUCKI, A./METZ, A.-M. (Hg.) (1999): Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen
- BERGER, G./KÄMMER, K./ZIMMER, A. (Hg.) (2006): Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Teil 1: Mitarbeiterorientierte Führung und Organisation. Hannover
- BRANDENBURG, U./NIEDER, P./SUSEN, B. (Hg.) (2000): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Weinheim
- BRÜCKER, H. (2009): Aspekte des Führungsverhaltens und gesundheitliches Wohlbefinden im sozialen Dienstleistungsbereich – Ergebnisse empirischer Untersuchungen in Krankenhäusern. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Heidelberg, S. 43–53
- ELKE, G./ZIMOLONG, B. (2000): Erfolg im Arbeits- und Gesundheitsschutz durch ein ganzheitliches Management (GAMAGS). In: Badura, B./Litsch, M./Vetter, C. (Hg.): Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz. Berlin, S. 114–128
- FELFE, J. (2009): Mitarbeiterführung. Göttingen
- FRANKE, F./FELFE, J. (2011): Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In: Badura, B. et al.: Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Heidelberg, S. 3–13
- GEBERT, D./VON ROSENSTIEL, L. (Hg.) (2002): Organisationspsychologie. 5. Aufl. Stuttgart
- GREGERSEN, S./ZIMMER, A. (2008): Projektbericht „Gesundheitsfördernd Führen“. <http://www.bgw-online.de> [Internet]
- GREGERSEN, S. ET AL. (2011): Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. In: Das Gesundheitswesen 1/2011, 73, S. 3–12
- GREGERSEN, S. ET AL. (2011): Führungsverhalten und Mitarbeitergesundheit. Empirische Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Führungskonzepten und individuellen und organisationalen Indikatoren der Gesundheit. Unveröffentlicht
- KUOPPALA, J./LAMMINPÄÄ, A./LIIRA, J. (2008): Leadership, job well-being, and health effects – A systematic review and a meta-analysis. In: Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50, 8, pp. 904–915
- MATYSSEK, A. K. (2003): Chefsache: Gesundes Team – gesunde Bilanz. Ein Leitfaden zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung. Wiesbaden
- MATYSSEK, A. K. (2009): Führung und Gesundheit – Ein praktischer Ratgeber zur Förderung der psychosozialen Gesundheit im Betrieb. Norderstedt
- MÜNCH, E./WALTER, U./BADURA, B. (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin
- NEUBERGER, O. (2002): Führen und führen lassen – Ansätze, Ergebnisse und Kritik der Führungsforschung. 6. Aufl. Stuttgart
- PANGERT, B./SCHÜPBACH, H. (2011): Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene. In: Badura, B. et al.: Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Heidelberg, S. 71–79
- SKAKON, J. ET AL. (2010): Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. In: Work & Stress, 24, 2, pp. 107–139
- STADLER, P./SPIß, E. (2002): Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz. Zusammenfassung des Ergebnisberichts zum Projekt „Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz. Optimierung der Beanspruchung durch die Entwicklung von Gestaltungskriterien bezüglich Führungsverhalten und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz“. Dortmund
- STORDEUR, S./D'HOORE, W./VANDENBERGHE, C. (2001): Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. In: Journal of Advanced Nursing, 35, pp. 533–542
- ULICH, E./WÜLSER, M. (2005): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 2. Aufl. Wiesbaden
- VINCENT, S. (2011): Gesundheits- und entwicklungsförderliche Führungsverhaltensanalyse: Validierung einer Kurzversion. In: Badura, B. et al.: Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Heidelberg, S. 49–60
- WEGGE, J./VON ROSENSTIEL, L. (2007): Führung. In: Schuler, H. (Hg.): Lehrbuch Organisationspsychologie. 4. Aufl. Bern, S. 475–512
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2004): WHO Summary Report 2004. 1.: Mental disorders – prevention and control. 2.: Evidence-based medicine. 3.: Policy making I. World Health Organization II. Universities of Nijmegen and Maastricht, Prevention Research Centre. Nijmegen
- WILDE, B. ET AL. (2010): Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gestalteten Arbeitssystemen. In: Badura, B. et al. (Hg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Berlin Heidelberg, S. 147–155
- YUKL, G. A. (2002): Leadership in organizations. 5. ed. Upper Saddle River
- ZAPF, D./DORMANN, C. (2001): Gesundheit und Arbeitsschutz. In: Schuler, H. (Hg.): Lehrbuch der Personalpsychologie. Göttingen, S. 559–587
- ZIMMER, A./GREGERSEN, S. (2007): „Gesundheitsfördernd führen“. Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW Mitgliedsbetrieben – Projektdokumentation. <http://www.bgw-online.de> [Internet]
- ZIMMER, A./GREGERSEN, S. (2011): Gesundheitsfördernd führen – Ein Projekt der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). In: Badura, B. et al.: Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Heidelberg, S. 111–119

4

Fehlzeiten nach Regionen



4 Fehlzeiten nach Regionen

Nicht nur alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede sowie sozialstatus- und tätigkeitsbedingte Divergenzen beeinflussen das Morbiditätsgeschehen. Auch bezüglich regionaler Unterschiede lassen sich Besonderheiten bzw. Auffälligkeiten feststellen. Dies zeigen die im Folgenden dargestellten Ergebnisse der Auswertung der Arbeitsunfähigkeit der BKK Versicherten. Grundlage der Darstellung ist dabei die regionale Zuordnung der Versicherten über den Wohnort (Postleitzahl). *Tabelle 4.1* gibt einen Überblick über die Verteilung der BKK Versicherten nach Bundesländern. In Bayern, Hessen und Hamburg zeigte sich 2010 die im Vergleich zum Bevölkerungsanteil stärkste BKK Präsenz (16,8 bis 18,6% der Wohnbevölkerung

sind dort bei einer Betriebskrankenkasse versichert). Mit rund 2,6 Mio. leben die meisten BKK Versicherten jedoch in Nordrhein-Westfalen, wo 14,5% der Bevölkerung BKK versichert sind. Dagegen weisen die BKK Daten für Sachsen und das Saarland – gemessen am Anteil an der dortigen Wohnbevölkerung – mit nur 6,5 bzw. 7,0% eine geringe Präsenz auf.

Die im Folgenden dargestellten Daten zur Arbeitsunfähigkeit beziehen sich auf alle BKK Pflichtmitglieder (einschließlich der versicherten Arbeitslosen). Zur besseren Vergleichbarkeit der regionalen Ergebnisse werden zudem die nach Alter und Geschlecht standardisierten Werte ausgewiesen.

Tabelle 4.1**BKK Versicherte nach Bundesländern***

Bundesland	BKK Versicherte			Bevölkerungsanteil in v. H.**		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
Baden-Württemberg	1.568.637	777.858	790.780	14,6	14,7	14,5
Bayern	2.327.811	1.153.460	1.174.351	18,6	18,8	18,4
Berlin	409.497	192.271	217.226	11,9	11,4	12,4
Bremen	93.836	48.110	45.726	14,2	14,9	13,5
Hamburg	298.606	144.064	154.541	16,8	16,6	17,0
Hessen	1.129.670	549.176	580.493	18,6	18,5	18,8
Niedersachsen	1.292.530	644.267	648.263	16,3	16,5	16,1
Nordrhein-Westfalen	2.591.578	1.276.102	1.315.476	14,5	14,6	14,4
Rheinland-Pfalz	617.308	306.043	311.265	15,4	15,5	15,2
Saarland	71.606	36.572	35.035	7,0	7,3	6,7
Schleswig-Holstein	425.172	204.409	220.763	15,0	14,7	15,3
Brandenburg	287.993	146.697	141.296	11,5	11,8	11,1
Mecklenburg-Vorpommern	241.002	121.144	119.858	14,6	14,8	14,4
Sachsen	268.956	134.810	134.145	6,5	6,6	6,3
Sachsen-Anhalt	241.776	121.753	120.024	10,3	10,6	10,0
Thüringen	232.777	118.633	114.144	10,3	10,7	10,0
Bund gesamt	12.149.261	6.001.946	6.147.315	14,9	15,0	14,7

* nach Wohnort

** Anteile beziehen sich auf die Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes: „Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag, Geschlecht“, Stand 31.12.2009

Tabelle 4.2**Veränderungen der Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern gegenüber dem Vorjahr**

Bundesland	AU-Fälle	je 100 Pflichtmitglieder				Differenz zum Vorjahr
		Differenz zum Vorjahr	AU-Tage	Differenz zum Vorjahr	Tage je Fall	
Baden-Württemberg	115,0	6,2	1.380,4	88,2	12,0	0,1
Bayern	105,0	-3,3	1.334,9	13,9	12,7	0,5
Berlin	116,9	3,0	1.856,3	141,1	15,9	0,8
Bremen	119,7	8,4	1.620,4	207,9	13,5	0,9
Hamburg	108,8	0,1	1.602,6	130,0	14,7	1,2
Hessen	116,7	-3,2	1.525,9	48,0	13,1	0,8
Niedersachsen	117,9	7,0	1.569,1	172,2	13,3	0,7
Nordrhein-Westfalen	111,8	0,8	1.552,4	23,1	13,9	0,1
Rheinland-Pfalz	139,5	-1,3	1.680,6	35,4	12,1	0,4
Saarland	110,5	-0,6	1.703,0	26,6	15,4	0,3
Schleswig-Holstein	110,1	-3,0	1.538,7	75,5	14,0	1,0
Bund West	113,5	0,8	1.495,6	58,9	13,2	0,4
Brandenburg	118,9	0,7	1.825,7	88,0	15,4	0,6
Mecklenburg-Vorpommern	120,3	-3,0	1.771,4	63,9	14,7	0,9
Sachsen	117,0	5,8	1.673,5	140,6	14,3	0,5
Sachsen-Anhalt	118,6	-0,8	1.786,7	80,4	15,1	0,8
Thüringen	117,0	-2,2	1.723,0	41,3	14,7	0,6
Bund Ost	118,4	0,2	1.758,3	78,6	14,9	0,6
Bund gesamt	114,1	0,7	1.527,0	59,6	13,4	0,4

4.1 Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern

Auch in diesem Berichtsjahr stiegen sowohl bei den beschäftigten als auch den arbeitslosen Pflichtmitgliedern die Arbeitsunfähigkeitstage im Durchschnitt von 14,7 im Vorjahr auf 15,3 AU-Tage an. Seit vier Jahren nehmen die Fehlzeiten der Pflichtversicherten kontinuierlich in allen Bundesländern zu (vgl. *Tabelle 4.2* und *Diagramm 4.1*). In Bayern, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland blieben die Arbeitsunfähigkeitstage nahezu auf dem Vorjahresniveau und stiegen nur sehr gering an. 2010 sind die höchsten Anstiege in Bremen mit +2,1 AU-Tagen, in Niedersachsen mit +1,7 AU-Tagen sowie in Sachsen und Berlin mit jeweils +1,4 AU-Tagen zu verzeichnen.

Die meisten Krankheitstage wurden mit 18,6 AU-Tagen je Pflichtmitglied in Berlin und mit 18,3 AU-Tagen in Brandenburg berichtet. Sachsen-Anhalt und Mecklen-

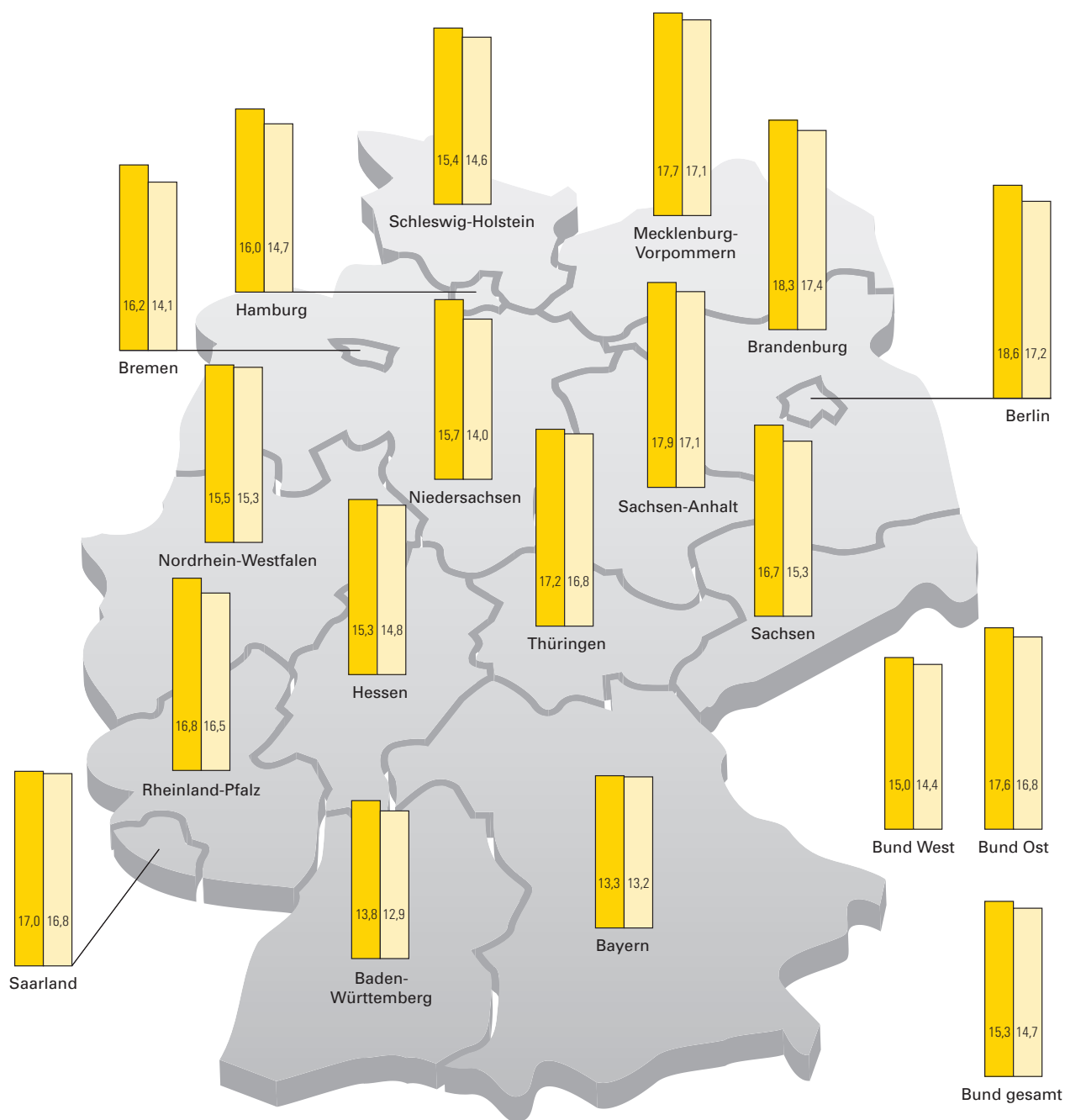
burg-Vorpommern wiesen ebenfalls hohe Krankenstände auf (17,9 und 17,7 AU-Tage).

Die geringsten Fehlzeiten wurden wie in den Jahren zuvor in den südlichen Ländern Bayern und Baden-Württemberg mit nur 13,3 bzw. 13,8 Arbeitsunfähigkeitstagen angegeben. Einen geringen Anstieg wiesen diese Länder jedoch auch auf, Baden-Württemberg verzeichnete 2010 ansteigende Krankheitszeiten um +0,9 AU-Tage und Bayern einen leichten Anstieg um +0,1 AU-Tage.

Gehörten im Vorjahr 2009 Niedersachsen und Bremen zu den Ländern mit eher niedrigen Fehlzeiten, so waren im Jahr 2010 hier die höchsten Anstiege zu verzeichnen. Beide Länder lagen mit 15,7 bzw. 16,2 AU-Tagen über dem West-Durchschnitt (15,0 AU-Tage je

Pflichtmitglied). Im Osten war wie in den Vorjahren ein gegenüber den alten Bundesländern wesentlich höheres Niveau (17,6 AU-Tage) zu verzeichnen, wobei die regionalen Unterschiede weit geringer als im Westen ausfielen.

Die Falldauern lagen mit durchschnittlich 13,4 Tagen über dem Niveau des Vorjahres (s. *Tabelle 4.2*). Wie in den vergangenen fünf Jahren führen Berlin, das Saarland und Brandenburg die Rangliste mit Krankheitsdauern je Fall von 15,9 bzw. jeweils 15,4 Kalendertagen an. Im Ost-West-Vergleich dauerten die AU-Fälle in den neuen Ländern – mitbedingt durch den höheren Anteil älterer Versicherter – im Schnitt etwa 1,7 Tage länger als im Westen (14,9 gegenüber 13,2 Tage). Diese Differenz hat sich in den vergangenen drei Jahren von 1,2 Tagen im Jahr 2007 auf nun 1,7 Tage leicht vergrößert.

Diagramm 4.1
Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern


AU-Tage je Pflichtmitglied

■ 2010 ■ 2009

4.2 Nach Alter und Geschlecht standardisierte Länderergebnisse

Die hier dargestellte regionale Struktur der Arbeitsunfähigkeit ist in hohem Maße abhängig vom Alter und Geschlecht der Versicherten in den Bundesländern. Um sich ein detailliertes Bild der regionalen Differenzen bezüglich risikobelasteter und risikounbelasteter Gebiete zu machen, ist es daher sinnvoll, eine Vergleichbarkeit durch eine sogenannte Altersstandardisierung (auch „Demografiebereinigung“ genannt) zu erreichen. Es werden abweichende Alters- und Geschlechtsstrukturen auf eine einheitliche Bezugsbevölkerung rechnerisch bereinigt. Zudem eignet sich die Standardisierung zur Vergleichbarkeit mit Zahlen anderer Krankenkassen, sofern sich die Methoden entsprechen.

Diagramm 4.2 zeigt die Abweichungen der altersstandardisierten und nicht-standardisierten AU-Tage der Bundesländer vom Bundesdurchschnitt. In den meisten Ländern verringern sich durch die Bereinigung der Alters- und Geschlechtsstruktur die Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, sie nähern sich also dem Bundesdurchschnitt an. Ausnahmen bilden in diesem Jahr *Hamburg* und *Berlin*. In diesen beiden Bundesländern

fallen die Überschreitungen des Bundesdurchschnitts nach der Standardisierung höher aus als im nicht-standardisierten Rohwert. Bei einer Durchschnittsverteilung von Alter und Geschlecht wären in diesen Ländern also mehr Arbeitsunfähigkeitstage zu erwarten.

Die Länder *Bayern* und *Baden-Württemberg*, die generell einen niedrigen Stand an AU-Tagen aufweisen, „profitieren“ ohne Standardisierung von ihrer „jungen“ Altersstruktur. In den nicht-standardisierten Werten unterschreiten ihre AU-Raten den Bundesdurchschnitt deutlich. Allerdings bleibt in beiden Ländern auch standardisiert noch eine beachtliche Differenz zur mittleren Arbeitsunfähigkeit bestehen.

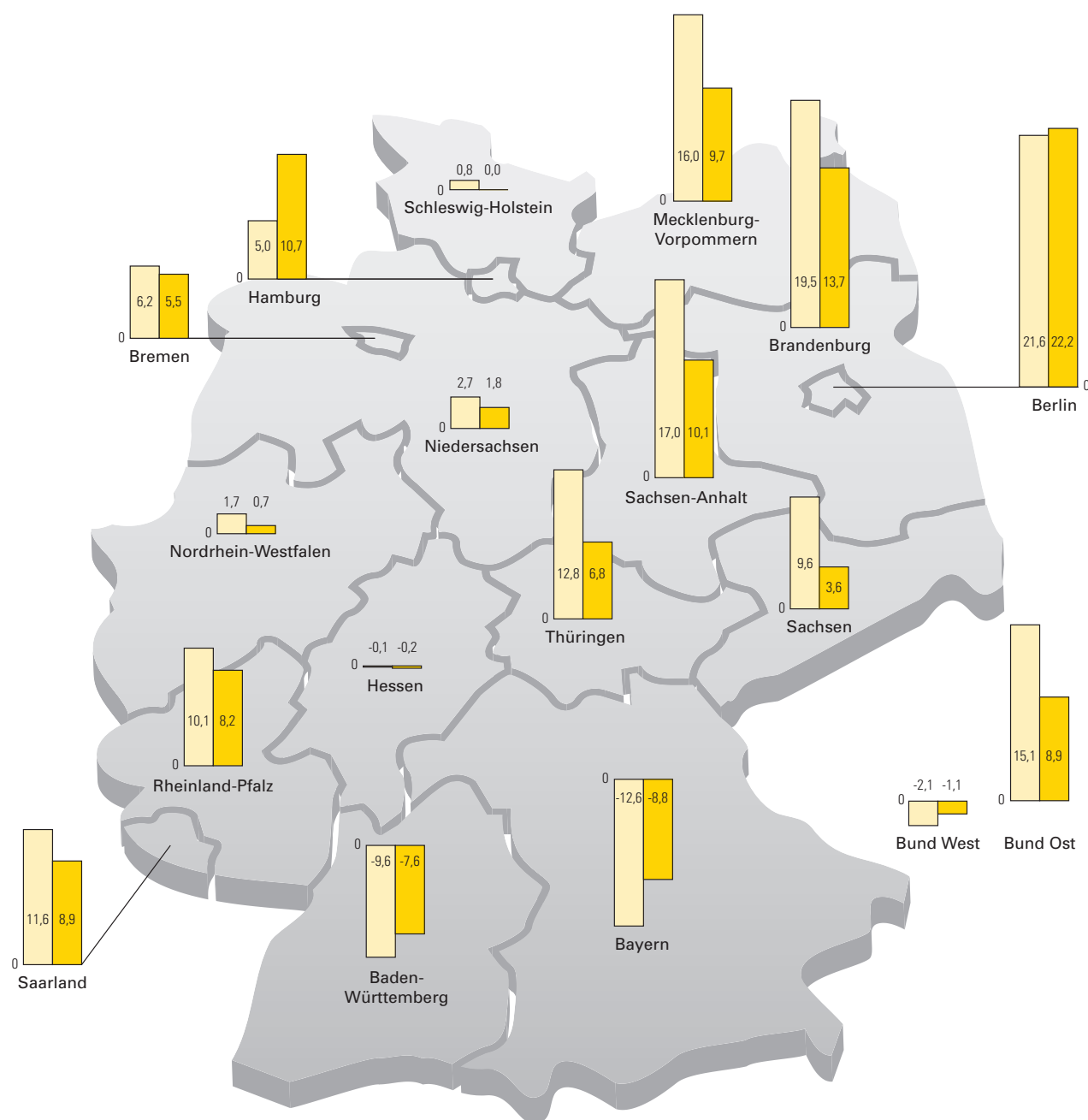
In keinem Land ändert sich durch die rechnerische Bereinigung der Einflüsse von Alter und Geschlecht die Richtung der Abweichung vom Bundesdurchschnitt, allerdings ändert sich z.T. deutlich ihr Ausmaß. Bei den Ländern mit hohen Fehlzeiten ändert sich zudem die Rangfolge. Nach der Bereinigung der Struktureffekte rangiert Berlin zwar vor Brandenburg auf dem Spitzenplatz, es

rückt jedoch Hamburg, das ohne Standardisierung nicht weit vom Bundesdurchschnitt entfernt ist, an Platz drei der Fehlzeiten. Im Westen fallen die Struktureffekte im Allgemeinen aber geringer aus als in den östlichen Bundesländern. In Sachsen werden nach der Standardisierung Fehlzeiten erreicht, die sich dem Bundesdurchschnitt deutlich annähern.

Insgesamt betrachtet kann gesagt werden, dass sowohl für den Westen als auch den Osten die standardisierten Ergebnisse im Wesentlichen den bereits in den nicht-standardisierten Ergebnissen ermittelten Verteilungsstrukturen entsprechen. So stehen niedrige Krankenstände in einigen alten Bundesländern sehr hohen Werten in anderen gegenüber. Dies legt nahe, dass die bundesweite Verteilung der Arbeitsunfähigkeit weniger durch Alter und Geschlecht als vielmehr durch andere Faktoren – z.B. durch sozioökonomische und siedlungsstrukturelle Merkmale – bestimmt wird. Für den Osten insgesamt bildet hingegen vermutlich die Altersstruktur der Versicherten die Hauptkomponente des im Vergleich zum Westen erhöhten Krankenstandes.

Diagramm 4.2

Arbeitsunfähigkeit in den Bundesländern (AU-Tage) – Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in Prozent



Pflichtmitglieder (nach Wohnort) 2010

■ Tage nicht-standardisiert ■ Tage standardisiert

4.3 Arbeitsunfähigkeit ausgewählter Landkreise einiger Bundesländer

Die dargestellten Ausprägungen der Fehlzeiten und Krankenstände nach Regionen zeigen sich im folgenden Abschnitt noch auffälliger. Es werden detaillierte regionale Auswertungen nach Landkreisen für die regionale Berichterstattung zur Verfügung gestellt. Wie in den Jahren 2008 und 2009 sind exemplarisch in *Tabelle 4.3* die Ergebnisse der wichtigsten Landkreise aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Brandenburg dargestellt. Zusätzlich werden erstmals Regionen in Hessen in die genauere Betrachtung einbezogen.

In *Nordrhein-Westfalen* fielen die höchsten Krankenstände 2010 überwiegend in den Industriestädten des Ruhrgebietes sowie Mönchengladbach und dem Märkischen Kreis an. In den kreisfreien Städten Münster und Bonn bewegten sich die Krankenstände weit unter dem Landesdurchschnitt. Bei einer mittleren Arbeitsunfähigkeit von 15,5 AU-Tagen je Pflichtmitglied in NRW lagen hier mehr als acht AU-Tage Differenz zwischen den Regionen mit den höchsten (Mönchengladbach mit 20,0 AU-Tagen) und den niedrigsten Fehlzeiten (Münster mit 11,9 AU-Tagen).

Anders als im Vorjahr waren die Unterschiede in den Regionen Baden-Württembergs ebenso weit verteilt wie in Nordrhein-Westfalen. Die maximale Differenz von neun AU-Tagen lag zwischen Konstanz mit der höchsten Anzahl an Fehltagen (20,1 AU-Tage) und Heilbronn mit 11,1 AU-Tagen. Die mittlere Arbeitsunfähigkeit betrug 13,8 Tagen. Einen insgesamt niedriger Stand von Fehlzeiten zeigt die *Tabelle 4.3* u.a. in den Regionen Stuttgart, Böblingen, Esslingen und Heilbronn – Regionen mit stärkerer Prägung im eher wissensbasierten und technologieorientierten Dienstleistungsbereich.

In *Hessen* war der Abstand zwischen den Regionen mit den höchsten und den niedrigsten AU-Tagen um einiges enger als in den anderen hier vorgestellten Bundesländern. Eine Differenz von 4,8 Tagen bestand zwischen dem mittelhessischen Landkreis Gießen mit überdurchschnittlichen Fehltagen (17,5 AU-Tage) und Regionen in Südhessen wie z.B. dem Hochtaunuskreis, der mit 12,7 AU-Tagen unter dem Durchschnitt lag. Die ländlichen Regionen von Mit-

Tabelle 4.3

Arbeitsunfähigkeit nach Kreisen

BKK Auswertungen nach Regionen	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Krankenstand
Nordrhein-Westfalen			
Mönchengladbach, Stadt	13.163	20,0	5,5
Recklinghausen	29.265	19,1	5,2
Gelsenkirchen, Stadt	11.412	18,8	5,2
Bochum, Stadt	23.913	18,3	5,0
Duisburg, Stadt	38.521	18,2	5,0
Dortmund, Stadt	32.549	18,2	5,0
Märkischer Kreis	20.701	17,9	4,9
Oberhausen, Stadt	13.197	17,5	4,8
Unna	20.878	17,5	4,8
Hagen, Stadt	12.136	17,5	4,8
Düren	13.697	16,8	4,6
Ennepe-Ruhr-Kreis	19.510	16,8	4,6
Wesel	24.982	16,1	4,4
Wuppertal, Stadt	16.157	16,0	4,4
Steinfurt	21.685	16,0	4,4
Leverkusen, Stadt	20.789	15,9	4,3
Städteregion Aachen	22.501	15,7	4,3
Viersen	15.569	15,7	4,3
Essen, Stadt	28.756	15,7	4,3
Nordrhein-Westfalen	991.271	15,5	4,3
Siegen-Wittgenstein	15.958	15,5	4,2
Mülheim an der Ruhr, Stadt	10.392	15,0	4,1
Rhein-Kreis Neuss	27.817	14,7	4,0
Rhein-Erft-Kreis	30.305	14,6	4,0
Köln, Stadt	75.964	14,5	4,0
Rhein-Sieg-Kreis	33.776	14,2	3,9
Bielefeld, Stadt	27.228	14,0	3,8
Mettmann	26.083	13,9	3,8
Borken	23.818	13,9	3,8
Rheinisch-Bergischer Kreis	21.039	13,7	3,8
Düsseldorf, Stadt	35.167	13,5	3,7
Gütersloh	27.897	13,1	3,6
Lippe	16.496	12,6	3,5
Bonn, Stadt	12.616	12,3	3,4
Münster, Stadt	12.131	11,9	3,3

BKK Pflichtmitglieder insgesamt

tel- und Nordhessen, die von landwirtschaftlichen und von mittelständischen Industriebetrieben geprägt sind, zeigten eine Tendenz zu höherer Arbeitsunfähigkeit (Waldeck-Frankenberg und Hersfeld-Rotenburg mit 17,3 AU-Tagen pro Pflichtmitglied), während die Regionen um die Landeshauptstadt Wiesbaden, Frankfurt am Main und den Taunus, also dienstleistungsorientierte Städte und Regionen, weniger Fehltag aufwiesen (12,9 bis 14,1 AU-Tage pro Pflichtmitglied).

Wirft man einen Blick auf das Bundesland *Brandenburg*, dann werden die Unterschiede zwischen den Regionen mit erfolgreichem Strukturwandel und solchen mit wirtschaftlicher Stagnation anhand des Krankenstandes deutlich. Die mittlere Fehlzeit des Landes lag 2010 bei 18,3 AU-Tagen. Die Differenz zwischen dem Kreis Barnim mit der höchsten Anzahl an Fehltagen (22,0 AU-Tage) und den beiden Regionen mit den niedrigsten Ausfalltagen, der Stadt

Baden-Württemberg	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Kranken- stand
Konstanz	16.050	20,1	5,5
Ortenaukreis	17.406	18,8	5,1
Rastatt	18.790	15,6	4,3
Bodenseekreis	22.753	15,0	4,1
Schwarzwald-Baar-Kreis	17.451	15,0	4,1
Karlsruhe	30.182	14,9	4,1
Neckar-Odenwald-Kreis	9.623	14,9	4,1
Mannheim	19.749	14,7	4,0
Karlsruhe	18.611	14,4	4,0
Ulm	9.010	14,3	3,9
Rhein-Neckar-Kreis	31.245	14,2	3,9
Alb-Donau-Kreis	14.129	14,2	3,9
Rottweil	9.812	14,0	3,8
Reutlingen	15.399	13,9	3,8
Ostalbkreis	19.981	13,8	3,8
Baden-Württemberg	673.664	13,8	3,8
Zollernalbkreis	16.762	13,8	3,8
Tuttlingen	11.784	13,7	3,8
Göppingen	16.103	13,6	3,7
Heidenheim	14.836	13,4	3,7
Tübingen	10.665	13,4	3,7
Rems-Murr-Kreis	20.867	13,4	3,7
Lörrach	13.912	13,3	3,6
Ludwigsburg	40.484	13,0	3,6
Waldshut	7.633	12,9	3,5
Breisgau-Hochschwarzwald	11.133	12,9	3,5
Biberach	16.394	12,8	3,5
Ravensburg	21.232	12,6	3,5
Böblingen	22.600	12,5	3,4
Esslingen	31.766	12,3	3,4
Stuttgart	33.686	12,0	3,3
Schwäbisch Hall	8.570	11,7	3,2
Freiburg im Breisgau	8.304	11,6	3,2
Heilbronn	30.165	11,1	3,0

Potsdam und dem Landkreis Spree-Neiße mit 16,1 bzw. 15,7 AU-Tagen, betrug mehr als sechs Tage. Im BKK Gesundheitsreport zu den Daten aus 2009 war die Differenz zwischen den Regionen des Landes Brandenburg noch mit 4,3 AU-Tagen und im Jahr 2008 mit 3,2 AU-Tagen angegeben.

Brandenburg	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Kranken- stand
Barnim	9.280	22,0	6,0
Oberhavel	10.498	19,5	5,3
Prignitz	4.778	19,3	5,3
Teltow-Fläming	10.479	19,2	5,3
Märkisch-Oderland	9.490	19,2	5,3
Dahme-Spreewald	8.133	19,2	5,3
Ostprignitz-Ruppin	4.296	18,4	5,0
Havelland	10.459	18,3	5,0
Brandenburg	139.328	18,3	5,0
Elbe-Elster	5.418	18,1	5,0
Frankfurt (Oder), Stadt	2.012	18,1	5,0
Potsdam-Mittelmark	12.745	18,0	4,9
Cottbus, Stadt	5.078	17,5	4,8
Oder-Spree	11.440	17,3	4,7
Uckermark	6.418	17,3	4,7
Oberspreewald-Lausitz	8.128	17,1	4,7
Brandenburg an der Havel, Stadt	4.515	16,7	4,6
Potsdam, Stadt	9.422	16,1	4,4
Spree-Neiße	6.740	15,7	4,3

Hessen	BKK Mitglieder	AU-Tage je BKK Mitglied	Kranken- stand
Gießen	17.603	17,5	4,8
Waldeck-Frankenberg	11.617	17,3	4,8
Hersfeld-Rotenburg	8.405	17,3	4,7
Odenwaldkreis	4.558	17,1	4,7
Vogelsbergkreis	5.774	17,1	4,7
Limburg-Weilburg	12.962	17,0	4,7
Lahn-Dill-Kreis	19.481	16,7	4,6
Schwalm-Eder-Kreis	18.785	16,6	4,5
Offenbach am Main, Stadt	7.802	16,2	4,4
Main-Kinzig-Kreis	34.612	16,2	4,4
Fulda	15.088	15,8	4,3
Kassel, documenta-Stadt	18.608	15,7	4,3
Marburg-Biedenkopf	16.080	15,7	4,3
Kassel	26.019	15,7	4,3
Wetteraukreis	18.526	15,6	4,3
Darmstadt-Dieburg	24.988	15,4	4,2
Groß-Gerau	29.945	15,4	4,2
Hessen	476.039	15,3	4,2
Werra-Meißner-Kreis	12.874	15,2	4,2
Bergstraße	20.885	15,1	4,1
Offenbach	25.826	14,7	4,0
Darmstadt, Wissenschaftsstadt	11.382	14,3	3,9
Rheingau-Taunus-Kreis	14.999	14,1	3,9
Main-Taunus-Kreis	21.646	13,3	3,7
Frankfurt am Main, Stadt	44.244	13,1	3,6
Wiesbaden, Landeshauptstadt	20.033	12,9	3,5
Hochtaunuskreis	13.298	12,7	3,5

4.4 Regionale Verteilung der Krankheitsarten

Die regionale Verteilung nach Krankheitsarten weist ebenfalls Besonderheiten auf, die in *Diagramm 4.3* und *Diagramm 4.4* dargestellt werden. *Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems* (ICD M00-M99) verursachten besonders im Saarland, in Bremen und Brandenburg mit durchschnittlich 4,8 bzw. 4,7 AU-Tagen bei den BKK Pflichtmitgliedern hohe Krankheitsausfälle. Gegenüber dem Vorjahr sind die AU-Tagen dieser ICD-Gruppe in allen Bundesländern angestiegen. Einen deutlichen Zuwachs an AU-Tagen bedingt durch Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems hat Bremen zu verzeichnen. Hier stiegen die Krankheitsausfälle von 3,8 AU-Tagen pro Pflichtversicherten im Jahr 2009 auf 4,7 AU-Tagen im Jahr 2010. Die regionalen Unterschiede in den westdeutschen Ländern haben in dieser Krankheitsart gegenüber dem Vorjahr noch einmal zugenommen: Hatte 2009 die Spannweite der einzelnen Länder zwischen 23,1 und 28,2% gelegen, lag sie 2010 nun zwischen 23,8 und 29,5%. In den ostdeutschen Bundesländern ist hier die regionale Varianz weniger stark ausgeprägt. Im Jahr 2009 betrug sie zwischen 23,4 und 25,2% und im Jahr 2010 zwischen 24,7 und 26,3%.

Im Jahr 2010 wurde ein Anteil von 13,9% der im Bundesdurchschnitt gemeldeten AU-Tagen bei den *Krankheiten des Atmungssystems* (ICD J00-J99) gemessen und ist damit gegenüber dem Vorjahresergebnis deutlich gesunken (2009: 16,6%). Schleswig-Holstein mit 12,3% und das Saarland mit 12,9% wiesen die geringsten Anteile an den Fehltagen auf. Bezogen auf die AU-Tagen je Pflichtmitglied zeigt sich allerdings, dass Bayern mit 1,78 Tagen die geringsten Tage gemeldet hat. Hohe Fehlzeitenanteile durch Atemwegserkrankungen verzeichneten im Westen Berlin (16,0%) und Rheinland-Pfalz (15,7%). Die hierdurch ausgelösten Fehltagen pro Pflichtmitglied waren besonders hoch in Berlin (bei rund 3,0 AU-Tagen) und in Brandenburg (bei 2,7 AU-Tagen.) Im Ost-West-Vergleich zeigt sich, dass in Ostdeutschland 14,3% der AU-Tagen durch Atemwegserkrankungen verursacht wurden, während diese in den alten Bundesländern wie in den Vorjahren im Mittel etwas weniger anfielen (13,8%). In den neunziger Jahren waren hier noch weit deutlichere Differenzen zwischen Ost und West auszumachen.

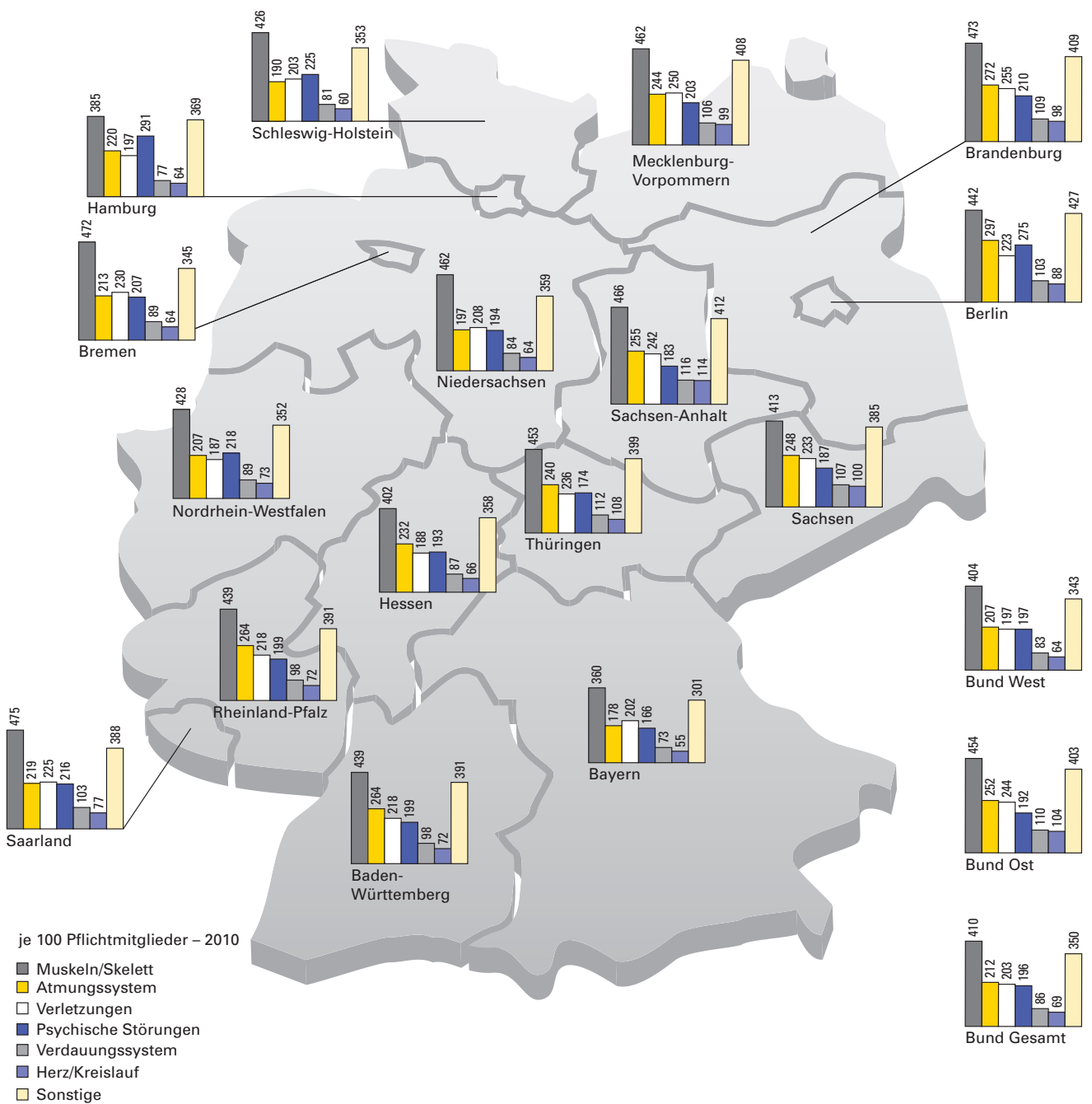
Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems (ICD I00-I99) hatten in den östlichen Ländern in den vergangenen 20 Jahren einen größeren Anteil am AU-Geschehen als im Westen. Die Zahl der mit diesen Diagnosen begründeten AU-Tagen übersteigt die Werte des Westens deutlich. Von den alten Bundesländern wiesen die BKK Pflichtmitglieder in Nordrhein-Westfalen und Berlin mit jeweils 4,7% den höchsten Anteil an Herz- und Kreislauferkrankungen auf und lagen damit noch weit unterhalb der Anteile in Ostdeutschland, die sich zwischen 5,4 und 6,4% bewegten (im Westen 3,9 bis 4,7%). Nach der Zahl der Krankheitstage hat im Westen Berlin dem Saarland den ersten Rang abgenommen. Mit 88 Krankheitstagen je 100 Pflichtmitglieder verzeichnete hier Berlin vor dem Saarland (mit 77 Krankheitstagen je 100 Pflichtmitglieder) die meisten Fehltagen. Im Jahr zuvor waren es im Saarland noch 89 Krankheitstage je 100 Pflichtmitglieder. Die westdeutschen Bundesländer Schleswig-Holstein und Bremen meldeten 2010 die niedrigsten Anteile von 3,9% der hierdurch verursachten Krankheitstage.

Im Osten verzeichneten Sachsen-Anhalt mit 6,4% und Thüringen mit 6,3% einen etwa gleichbleibend hohen Anteil an Fehltagen mit Herz-Kreislauf-Diagnosen. Dem entsprechen in Sachsen-Anhalt 114 Krankheitstage auf 100 Pflichtmitglieder und in Thüringen 108 Krankheitstage auf 100 Pflichtmitglieder. Der höhere Anteil an Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den ostdeutschen Bundesländern kann durch vergleichsweise ältere Versicherte bedingt sein, da diese Erkrankungen mit steigendem Alter zunehmen. Der etwas geringere Anteil an Krankheitstagen aufgrund von psychischen Störungen bei den ostdeutschen BKK Versicherten würde dem entsprechen: Tendenziell werden Fehltagen aufgrund psychischer Erkrankungen eher von jüngeren Versicherten verursacht (s.u.). Die Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems zeigen im längerfristigen Trend des AU-Geschehens eine bereits seit Jahren leicht rückläufige Entwicklung.

Mit einem Bundesdurchschnitt von 12,8% durch *psychische Störungen* (ICD F00-F99) verursachter Krankheitstage ist in diesem Jahr erneut ein Anstieg in

dieser Diagnosegruppe zu verzeichnen. Zudem sind die regionalen Unterschiede auffällig groß – insbesondere zwischen ost- und westdeutschen Bundesländern. In Hamburg und Berlin war – wie schon in den Vorjahren – der Anteil entsprechender Diagnosen an den Fehltagen besonders groß; in Berlin betrug er 14,8% (+1,8 PP), in Hamburg sogar 18,1% (+1,7 PP). Die geringsten Anteile psychisch bedingter Krankheitstage verzeichneten unter den westdeutschen Ländern Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Bayern. Aber auch dort lagen die Anteile mit Werten zwischen 11,8 und 12,4% über dem Niveau in Ostdeutschland, wo durchschnittlich 10,9% der AU-Tagen auf diese Erkrankungen entfielen (+1,3 Prozentpunkte gegenüber dem Vorjahr, bei einer Spannweite von 10,1 bis 11,5%), während es im Westen im Schnitt 13,1% waren (+1,4 PP, bei einer Spannweite von 11,8 bis 18,1%). Selbst Brandenburg, das 2010 von den östlichen Bundesländern mit 11,5% der AU-Tagen an der Spitze der psychisch verursachten Krankheitstage stand, wies immer noch einen niedrigeren durch diese Diagnosegruppe bedingten AU-Anteil auf als jedes westdeutsche Bundesland.

Insgesamt betrachtet sind psychische Erkrankungen in beiden Teilen Deutschlands seit einigen Jahren auf dem Vormarsch. Waren im Jahr 2007 im Westen aufgrund von psychischen Erkrankungen 114 bis 218 Fehltagen auf 100 Pflichtmitglieder zu verzeichnen, sind es mittlerweile 172 bis 291 Krankheitstage auf 100 Pflichtmitglieder. Schaut man sich die strukturellen Differenzen der Versorgungsangebote im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich zwischen Ost und West an (s. *Tabelle 4.4*), dann wird deutlich, dass das Angebot an niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie im Osten deutlich unter dem im Westen liegt. Das statistische Bundesamt, das die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zur Verfügung stellt, gibt an, dass für je 100.000 Einwohner im Osten 2,03 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, im Westen 4,12 Fachärzte zur Verfügung stehen. Allerdings haben Fachärzte im Osten zahlenmäßig stark aufgeholt. Im Jahr 2000 waren es im Osten erst 0,4 Fachärzte in diesem Fachgebiet (auf 2,25 Fachärzte im Westen) und 2007 1,30

Diagramm 4.3
Krankheitsarten in den Bundesländern (AU-Tage)


(Osten) auf 3,62 (Westen). Es kann davon ausgegangen werden, dass sowohl diese strukturellen Aspekte als auch die Altersverteilung der Versicherten (s.o.) die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle in der Krankheitsgruppe ICD F00-F99 mit beeinflussen.

Geringere Unterschiede zwischen den ost- und westdeutschen Bundesländern ließen sich (ICD F00-F99) bei den *Erkrankungen des Verdauungssystems* (ICD K00-K93) beobachten. Auf sie entfielen im Osten 6,2% der Fehltage (–0,4 PP im Vergleich zu 2009), im Westen dagegen nur 5,6% (ebenfalls –0,4 PP). Auch bei Verletzungen (ICD S00-T98) waren recht geringe Unterschiede zwischen Ost und West festzustellen. Während in den ostdeutschen Ländern im Schnitt 13,8% (+0,1) der AU-Tage durch Verletzungen ausgelöst wurden,

waren es im Westen nur 13,2% (+0,1) – hier allerdings mit erheblich stärkeren Streuungen. So lag die Spannweite der durch Verletzungen bedingten Fehltage im Westen zwischen 12,0% (Berlin und Nordrhein-Westfalen) und 15,1% (Bayern), während sich die Anteile in den ostdeutschen Ländern zwischen 13,5% (Sachsen-Anhalt) und 14,1% (Mecklenburg-Vorpommern) weniger stark unterschieden. Nach AU-Tagen

lag die Spannweite zwischen 186 (Baden-Württemberg) und 255 AU-Tagen (Brandenburg) je 100 Pflichtmitglieder, wobei Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die Spitzenplätze unter den verletzungsbedingten Krankheitstagen einnehmen. Weitere detaillierte Angaben auch zur regionalen Verteilung anderer Krankheitsarten können der *Tabelle 6 im Anhang* entnommen werden.

Tabelle 4.4

Fachärztdichte Psychiatrie und Psychotherapie

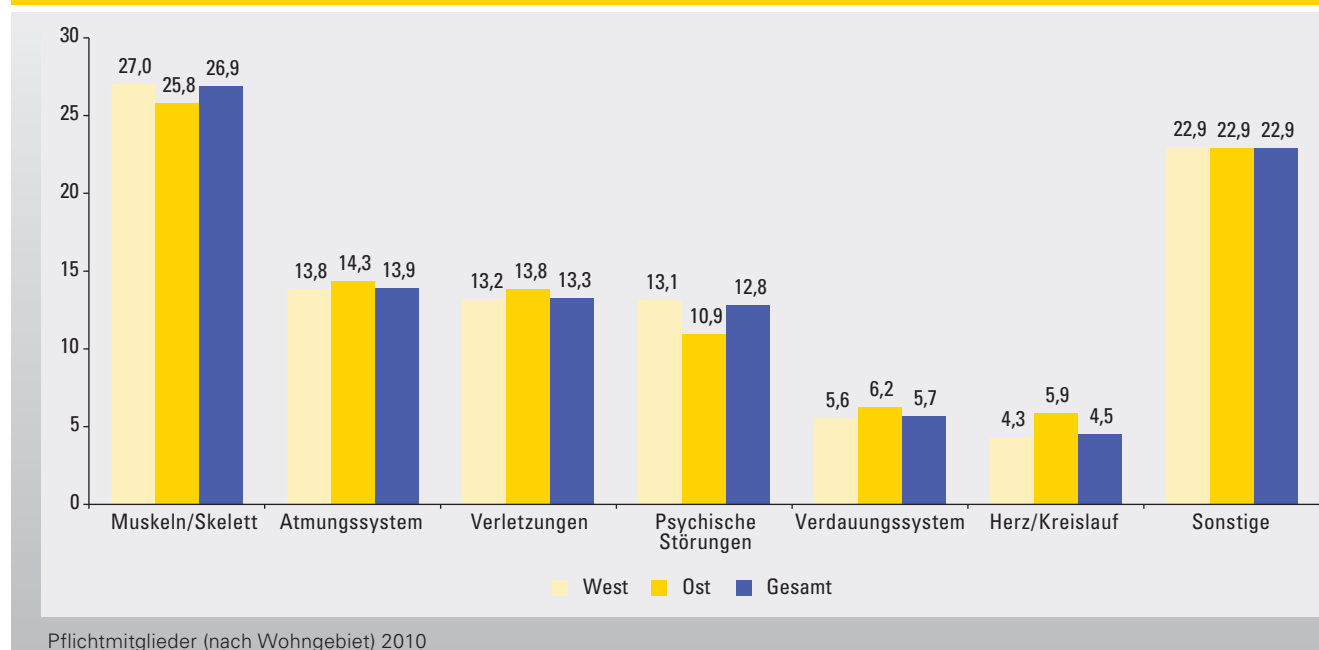
	Fachärzte Psychiatrie/Psychotherapie*		
	2000	2007	2010
Bund West	2,25	3,62	4,12
Bund Ost	0,40	1,30	2,03
Bund gesamt	1,94	3,25	3,79

* niedergelassene Ärzte/Ärztinnen je 100.000 Einwohner

Quelle: Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung, Statistisches Bundesamt. www.gbe-bund.de, Abrufdatum: 21.09.2011

Diagramm 4.4

Anteil der AU-Tage je Krankheitsart



Zukunft der Arbeit

Gestaltung gesunder Arbeit



Gestaltung gesunder Arbeit

Eberhard Ulich

Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung

In ihrer Erklärung von 1987 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als „die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen“. Hier wird eine Auffassung von Gesundheit erkennbar, die auch für das betriebliche Gesundheitsmanagement von Bedeutung ist. In der kurz zuvor verabschiedeten „Ottawa-Charta“, in der der Organisation der Arbeit und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen ein besonderer Stellenwert zugeschrieben wurde, kommt dies noch deutlicher zum Ausdruck (vgl. *Abbildung 1*).

Damit wird deutlich, dass die Weltgesundheitsorganisation die in den Arbeits- und Sozialwissenschaften gefundenen Beziehungen zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der allgemeinen Lebensqualität in ihre Konzeption von Gesundheit integriert hat.

Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung

Obwohl die Bedeutung der bedingungsbezogenen Interventionen, d.h. der Veränderung der Verhältnisse, insbesondere durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, neuerdings immer wieder betont wird, beschränkt sich eine Vielzahl betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten nach wie vor auf personbezogene Interventionen, d.h. auf Veränderungen des Verhaltens. Wenn auch davon auszugehen ist, dass sich Verhaltens- und Verhältnisorientierung zumindest teilweise wechselseitig bedingen, so gilt doch, dass „in der Sachlogik [...] Verhaltensprävention der Verhältnisprävention stets nachgeordnet bleibt“ (Klotter 1999, S. 43). So zeigen auch die differenzierten Kostenschätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, dass ein erheblicher Anteil der Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen in betrieblichen Verhältnissen, d.h. in den Arbeitsbedingungen zu verorten ist. Damit stellt sich zunächst

Abbildung 1

Auszug aus der Ottawa-Charta der WHO 1986

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen [...] Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können [...] Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Abbildung 2

Merkmale gut gestalteter Arbeitsaufgaben nach EN 614-2 (aus: DIN EN 614-2, 2008, S. 6 f.).

„Im Gestaltungsprozess muss der Konstrukteur

- a) die Erfahrung, Fähigkeiten und Fertigkeiten der bestehenden oder zu erwartenden Operatorenpopulation berücksichtigen.
- b) sicherstellen, dass die durchzuführenden Arbeitsaufgaben als vollständige und sinnvolle Arbeitseinheiten mit deutlich identifizierbarem Anfang und Ende erkennbar sind und nicht einzelne Fragmente solcher Aufgaben darstellen.
- c) sicherstellen, dass durchgeführte Arbeitsaufgaben als bedeutsamer Beitrag zum Gesamtergebnis des Arbeitssystems erkennbar sind.
- d) die Anwendung einer angemessenen Vielfalt von Fertigkeiten, Fähigkeiten und Tätigkeiten ermöglichen.
- e) für ein angemessenes Maß an Freiheit und Selbständigkeit des Operators sorgen.
- f) für ausreichende, für den Operator sinnvolle Rückmeldungen in Bezug auf die Aufgabendurchführung sorgen.
- g) ermöglichen, vorhandene Fertigkeiten und Fähigkeiten auszuüben und weiterzuentwickeln, sowie neue zu erwerben.
- h) Über- und Unterforderung des Operators vermeiden, die zu unnötiger oder übermäßiger Beanspruchung, Ermüdung oder zu Fehlern führen kann
- i) repetitive Aufgaben vermeiden, die zu einseitiger Arbeitsbelastung und somit zu körperlichen Beeinträchtigungen sowie zu Monotonie- und Sättigungsempfindungen, Langeweile oder Unzufriedenheit führen können.
- j) vermeiden, dass der Operator alleine, ohne Gelegenheit zu sozialen und funktionalen Kontakten, arbeitet.

Diese Merkmale gut gestalteter Arbeitsaufgaben der Operatoren dürfen bei der Gestaltung von Maschinen nicht verletzt werden [...]“

die Frage nach den äußeren Arbeitsbedingungen wie z.B. Lärm, Licht und anderen Umgebungseinflüssen; von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang indes die Gestaltung der Arbeitsaufgaben. In der Arbeitspsychologie ist deshalb auch die Rede

vom „Primat der Aufgabe“ (Ulich 2011). Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung sind in *Tabelle 1* zusammengefasst.

Die in *Tabelle 1* aufgeführten Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförder-

**Tabelle 1****Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung (aus: Ulich 2011, S. 194)**

Gestaltungsmerkmal	Angenommene Wirkung	Realisierung durch ...
Vollständigkeit	Mitarbeiter erkennen Bedeutung und Stellenwert ihrer Tätigkeit. Mitarbeiter erhalten Rückmeldung über den eigenen Arbeitsfortschritt aus der Tätigkeit selbst.	... Aufgaben mit planenden, ausführenden und kontrollierenden Elementen und der Möglichkeit, Ergebnisse der eigenen Tätigkeit auf Übereinstimmung mit gestellten Anforderungen zu prüfen
Anforderungsvielfalt	Unterschiedliche Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten können eingesetzt werden. Einseitige Beanspruchungen können vermieden werden.	... Aufgaben mit unterschiedlichen Anforderungen an Körperfunktionen und Sinnesorgane
Möglichkeiten der sozialen Interaktion	Schwierigkeiten können gemeinsam bewältigt werden. Gegenseitige Unterstützung hilft Belastungen besser ertragen.	... Aufgaben, deren Bewältigung Kooperation nahe legt oder voraussetzt
Autonomie	Stärkt Selbstwertgefühl und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung. Vermittelt die Erfahrung, nicht einfluss- und bedeutungslos zu sein.	... Aufgaben mit Dispositions- und Entscheidungsmöglichkeiten
Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten	Allgemeine geistige Flexibilität bleibt erhalten. Berufliche Qualifikationen werden erhalten und weiter entwickelt.	... problemhaltige Aufgaben, zu deren Bewältigung vorhandene Qualifikationen eingesetzt und erweitert bzw. neue Qualifikationen angeeignet werden müssen
Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit	Wirkt unangemessener Arbeitsverdichtung entgegen. Schafft Freiräume für stressfreies Nachdenken und selbst gewählte Interaktionen.	... Schaffen von Zeitpuffern bei der Festlegung von Vorgabezeiten
Sinnhaftigkeit	Vermittelt das Gefühl, an der Erstellung gesellschaftlich nützlicher Produkte beteiligt zu sein. Gibt Sicherheit der Übereinstimmung individueller und gesellschaftlicher Interessen.	... Produkte, deren gesellschaftlicher Nutzen nicht in Frage gestellt wird ... Produkte und Produktionsprozesse, deren ökologische Unbedenklichkeit überprüft und sichergestellt werden kann

licher Arbeitsgestaltung finden sich auch in der Europäischen Norm EN 614-2 wieder (vgl. *Abbildung 2*).

Dieser Auszug aus der Norm zur Aufgabengestaltung bei der Konstruktion von Maschinen zeigt sehr weitgehen-

de Übereinstimmungen mit den oben beschriebenen Merkmalen persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen lässt sich die Bedeutung betrieblicher Arbeitsgestaltung exemplarisch aufzeigen. Diese

Erkrankungsformen stehen in allen europäischen Ländern an erster Stelle der Ursachen für krankheitsbedingte Fehltag. Gründe dafür sind einerseits in Bewegungsmangel und einseitiger körperlicher Belastung zu suchen, wie sie in zahlreichen Fällen, etwa bei Bild-



schirmarbeit, vorzufinden sind. Andererseits spielen in diesem Zusammenhang offensichtlich auch Merkmale wie mangelnde Autonomie und unzureichende Vollständigkeit der Aufgaben eine bedeutsame Rolle.

So konnte Lundberg (1996) zeigen, dass Muskel- und Skeletterkrankungen in Gruppenarbeitsstrukturen mit entsprechender Autonomie weniger häufig auftreten als in arbeitsteiligen Arbeitsstrukturen, in denen die gleichen Produkte bzw. Dienstleistungen zu erstellen sind. Es zeigte sich, dass physiologische Belastungsreaktionen und Selbsteinstufungen der erlebten Ermüdung in den arbeitsteiligen Strukturen während des Schichtverlaufes zunahmen und ihren Gipfel am Ende der Schicht erreichten, während in der flexiblen Gruppenarbeitsstruktur „a moderate and more stable level throughout the shift“ gefunden wurde (Lundberg 1996). Und Melin et al. (1999) fanden bei Beschäftigten, die in unterschiedlichen Produktionsstrukturen das gleiche Produkt montierten, bei der Arbeit in teilautonomen Gruppen im Vergleich zur partialisierten Arbeit von Beginn bis Ende der Schicht die günstigeren physiologischen Kennwerte und nach der Schicht die bessere Erholungsfähigkeit. Ergebnisse des vierten European Working Conditions Survey zeigen schließlich, dass Muskel-Skelett-Beschwerden – musculoskeletal disorders (MDSs) – „related to stress and work overload are increasing [...] in contrast, greater learning opportunities, and being consulted about changes to organisational and working conditions, are associated with a lower incidence of MSDs“ (European Foundation 2007, p. 2).

Hinweise auf den Zusammenhang einzelner Aufgabenmerkmale mit dem betrieblichen Krankenstand, aber auch mit ökonomischen Erfolgsfaktoren finden sich in *Tabelle 2*.

Beispiele wie diese zeigen, dass eine positive Ausprägung der Merkmale (persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung die intendierten Wirkungen tatsächlich erreicht (Ulich/Wülser 2010). Nicht auszuschließen ist allerdings, dass mit der damit verbundenen Übernahme von Verantwortung eine Tendenz zum Präsentismus gefördert wird (Ulich 2011). Deshalb ist es erforderlich, für die Realisierung derartiger Konzepte entsprechende Regeln zu vereinbaren. Im übrigen gilt: Persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung ist zugleich auch altersgerechte Arbeitsgestaltung.

Altersgerechte Arbeitsgestaltung

Die mit dem Alter größer werdende Streuung der Leistungsmöglichkeiten ist einerseits auf Unterschiede in der Gesundheit zurückzuführen, andererseits auf Unterschiede in der Ausbildung und Erfahrung. So wird durch verschiedene Untersuchungsergebnisse belegt, dass der positive Einfluss anspruchsvoller Arbeitstätigkeiten auf die geistige Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter noch zunimmt. Damit wird gleichzeitig bestätigt, dass persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung schon in jungen Jahren gleichzusetzen ist mit altersgerechter Arbeitsgestaltung. Schließlich gilt: „[...] die beste Grundlage für eine gute Leistung im Alter sind Erwerb, Gebrauch und Entwicklung von Kompetenzen in jüngeren Jahren“ (Semmer/Richter 2004, S. 112).

Merkmale nicht altersgerechter Arbeitsgestaltung finden sich vor allem in Betrieben mit weitgehend arbeitsteiligen Strukturen, daraus resultierenden einseitigen Belastungen und ohne Möglichkeit, sich durch lernhaltige Arbeitstätigkeiten weiter zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist auch die Rede vom „menschgemachten“ Altern bzw. vom „arbeitsbedingten Voraltern“: „Die

Lebens- und die Arbeitsbedingungen können das Altern beschleunigen (man kann voraltern) oder im Idealfall auch verzögern“ (Hacker 2004, S. 164). Deshalb kommt – nicht zuletzt auch in Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung – der altersgerechten Arbeitsgestaltung hervorragende Bedeutung zu. Dabei geht es insbesondere um die in *Tabelle 1* und *Abbildung 2* genannten Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten.

In den mit dem Lernförderlichkeitsinventar (LFI), einem Verfahren „zur Bestimmung der Lernmöglichkeiten am Arbeitsplatz“, durchgeführten Untersuchungen konnte nicht nur nachgewiesen werden, „dass die Unternehmen bei vergleichbarer Technik erhebliche Spielräume haben, Arbeitstätigkeiten lernförderlich zu gestalten“ (Frieling et al. 2006, S. 228), sondern auch, „dass Unternehmen mit lernförderlichen Arbeitsplätzen auch die erfolgreicher sind“ (Bernard 2005, S. 97). Nach Kruse und Packebusch (2006) schließlich „müssen die Leitlinien für die altersgerechte Arbeitsgestaltung in stärkerem Maße an den Prinzipien der differentiellen und dynamischen Arbeitsgestaltung (Ulich 2001) ausgerichtet werden, um eine größere Schwankungsbreite der individuellen Leistungsvoraussetzungen und einen größeren Wandel des Arbeitsvermögens zu berücksichtigen.“ (S. 445) Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung verlangt also auch, dass die Verschiedenartigkeit der Menschen, d.h. deren unterschiedliche Bedürfnisse und Möglichkeiten Berücksichtigung finden.

Strategien der Arbeitsgestaltung

Die Forderung nach Schaffung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitstätigkeiten verlangt über die korrektive und präventive Arbeitsgestaltung hinaus eine Vorgehensweise, die wir als „prospektive Arbeitsgestaltung“ bezeichnen. Prospektive Arbeitsgestal-

Tabelle 2

Subjektives Erleben, ökonomischer Erfolg, Krankenstand und Fluktuation in 28 IT-Unternehmen mit 2.856 Beschäftigten (Spearman-Rangkorrelationen – nach Degener 2004)

Erfolgskriterien	Gewinn	Umsatz	Wertschöpfung	Eigenkapital- rentabilität	Krankenstand	Fluktuation
<i>Aufgabenmerkmale</i>						
Ganzheitlichkeit	.80	.78	.77	.78	–.82	–.82
Qualifikationsanforderungen	.74	.74	.78	.74	–.78	–.76
Qualifizierungspotential	.75	.73	.75	.73	–.76	–.75
Aufgabenvielfalt	.77	.78	.80	.77	–.80	–.80
Tätigkeitsspielraum	.73	.73	.77	.74	–.76	–.75
Partizipationsmöglichkeit	.72	.74	.73	.73	–.74	–.75

tung meint die bewusste Vorwegnahme von Möglichkeiten der Entwicklung der Persönlichkeit und ihrer Gesundheit im Stadium der Planung bzw. des Entwurfs – oder der Neustrukturierung – von Arbeitssystemen durch Schaffung objektiver Tätigkeitsspielräume, die von den Beschäftigten in unterschiedlicher Weise genutzt werden können. Damit werden zugleich optimale Voraussetzungen für eine differenzielle Arbeitsgestaltung geschaffen.

„Differenzielle Arbeitsgestaltung“ meint das Angebot unterschiedlicher Arbeitsstrukturen für die Erzeugung identischer Produkte oder Dienstleistungen, zwischen denen die Beschäftigten wählen können (Ulich 1978; 2011). Damit kann eine Annäherung an die optimale Entwicklung der Persönlichkeit in der Auseinandersetzung mit ihren Arbeitsaufgaben unter Berücksichtigung von Persönlichkeitsmerkmalen erreicht werden. Das Prinzip der differenziellen Arbeitsgestaltung ist zu ergänzen durch das Prinzip der dynamischen Arbeitsgestaltung. Damit ist die Möglichkeit der Veränderung bzw. Erweiterung bestehender oder der Schaffung neuer Ar-

beitsstrukturen gemeint, um so auch intraindividuellen Differenzen über die Zeit gerecht werden und dem Lernfortschritt der Beschäftigten Rechnung tragen zu können.

Die Möglichkeit, zwischen Alternativen wählen und die Wahl gegebenenfalls korrigieren zu können, bedeutet einerseits eine Abkehr von der Suche nach dem „einen richtigen Weg“ für die Gestaltung von Arbeitstätigkeiten und Arbeitsabläufen, andererseits einen erheblichen Zuwachs an Autonomie und Kontrolle über die eigenen Arbeitsbedingungen. Fallbeispiele mit Berichten über positive Wirkungen der differenziellen Arbeitsgestaltung finden sich u.a. bei Zülch und Starringer (1984), Grob (1985) und Ulich (1978; 2011).

Für Bamberg und Metz (1998) ist differenzielle Arbeitsgestaltung schließlich eine Möglichkeit, „die salutogenen Potentiale der Arbeitstätigkeit für jeden einzelnen Beschäftigten zu erschließen. Das ist zugleich eine der Schnittstellen zwischen bedingungs- und personenbezogenen gesundheitsförderlichen Interventionen“ (S. 192). Dass daraus

zugleich besondere Anforderungen an die Unternehmenskultur und das Führungsverhalten resultieren, liegt auf der Hand.

Unternehmenskultur, Führung und Gesundheit

Vermeint wird neuerdings darauf hingewiesen, dass der Umgang mit betrieblicher Gesundheit letztlich eine Frage der Unternehmenskultur sei. Ein wesentliches Merkmal der Unternehmenskultur ist die Möglichkeit der Partizipation an der Entscheidungsbildung. Eine Reihe von Untersuchungsergebnissen belegt deutliche Zusammenhänge zwischen Möglichkeiten der Partizipation im Arbeitsalltag und Krankenstand bzw. Fehlzeiten. In der IT-Branche konnten Klemens, Wieland und Krajewski (2004) Auswirkungen mangelnder Partizipationsmöglichkeiten, belastenden Sozialklimas und verschiedener Merkmale des Vorgesetztenverhaltens auf Burn-out-Indikatoren nachweisen (vgl. *Abbildung 3*).

Die gesundheitsrelevante Bedeutung der Unterstützung durch Vorgesetzte wird auch durch die Ergebnisse des vierten

Abbildung 3

Führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche (aus: Klemens/Wieland/Krajewski 2004, S. 5)

Als hoher Risikofaktor für Burnout auf Seiten der Organisation zeigt sich das Fehlen von Partizipationsmöglichkeiten in der Arbeit. Beschäftigte, die an ihren Arbeitsplätzen nur geringe Möglichkeiten besitzen sich zu beteiligen und ihre Ideen einzubringen, haben demnach ein 3,5fach erhöhtes Risiko des „Ausbrennens“ als Beschäftigte mit grossen Partizipationsmöglichkeiten. Ein belastendes Sozialklima bzw. ein belastendes Vorgesetztenverhalten vergrössert das Risiko um den Faktor 1,8 bzw. 1,5. Ähnlich verhält es sich mit den beiden nächsten Merkmalen: Eine geringe soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten bedeutet ein 2,3fach, ein wenig ausgeprägter mitarbeiterorientierter Führungsstil ein 2,5fach erhöhtes Burnout-Risiko.

„European Working Conditions Survey“ (Eurofound 2007) eindrucksvoll bestätigt.

In diesem Zusammenhang ist das von Siegrist (1996) formulierte Modell beruflicher Gratifikationskrisen von ausserordentlicher Bedeutung. In diesem Modell wird angenommen, dass ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und als Gegenwert erhaltener Belohnung zu Stressreaktionen führt. Siegrist (1996a; 1996b; 2002) unterscheidet zwischen situativen (extrinsischen) und personalen (intrinsischen) Verausgabungsquellen. Gratifikationen ergeben sich über die drei „Transmittersysteme“ finanzielle Belohnung, Wertschätzung und berufliche Statuskontrolle durch Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit und ausbildungsadäquate Beschäftigung.

Empirisch zeigten sich Zusammenhänge zwischen Gratifikationskrisen und erhöhten Risiken für psychiatrische Störungen,

Depressionen, Burn-out und Alkoholabhängigkeit. Insbesondere wurde aber auch gefunden, dass Gratifikationskrisen mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck und koronare Herzkrankheiten verbunden sind (Siegrist et al. 2004; Siegrist 2009).

Insgesamt lässt sich aus den bisher vorgelegten Untersuchungen zum Konzept der „Gratifikationskrise“ unabweisbar ableiten, dass das Verhalten des Managements und der Führungskräfte eines Unternehmens für die Entwicklung der Gesundheit der Beschäftigten von erheblicher Bedeutung sein kann.

Über das Alltagsverhalten hinaus betrifft dies nicht zuletzt auch die Entscheidungen über die Einführung „neuer“ Managementkonzepte und die Erzeugung prekärer Arbeitsverhältnisse, die flexible Anpassungen an wechselnde unternehmensspezifische Anforderungen verlangen.

Planbarkeit als zentrales Element der Lebensgestaltung

Die Zunahme prekärer Arbeitsformen wie Leiharbeit, Arbeit auf Abruf oder die Segmentierung der Belegschaften in Stamm- und Randbelegschaften stellen eine echte Bedrohung für die Life Domain Balance bzw. die Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben dar.

Mangelnde Planbarkeit und eingeschränkte Möglichkeiten der Selbstregulation sind nicht zuletzt Kennzeichen mancher neuer Formen der Flexibilisierung betrieblicher Arbeitszeiten. „Die Beschäftigten haben wenig Einfluss auf ihre Arbeitszeitpläne, ihre Arbeitseinsätze sind häufig kurzfristig, entrhythmisiert und wenig planbar. Dies führt zu einer Zerstückelung des familialen Alltags. Familienleben muss quasi auf Knopfdruck und verdichtet stattfinden, wenn gerade Zeit dafür ist“ (Jurczyk 2008, S. 3). Die Ergebnisse des 2005 durchgeführten vierten European Working Conditions Survey bestätigen, „that workers who report frequent changes, given at short notice, to their working schedule are less satisfied with their work-life balance (Riso 2007, p. 6).¹

Die Untersuchungen von Janßen und Nachreiner (2004) belegen darüber hinaus, dass eine hohe Flexibilität der Arbeitszeiten ohne Möglichkeit der Einflussnahme und daraus resultierende Vorhersehbarkeit zu ähnlichen gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen führen kann wie sie aus der Schichtarbeitsforschung bekannt sind.

¹ Beim Begriff „work-life balance“ handelt es sich um eine zwar eingängige, aber inhaltlich irreführende Terminologie. Sie legt nämlich den Schluss nahe, dass es um eine Balance bzw. ein Balancieren zwischen Arbeit und Leben geht. Erstens aber ist Arbeit ein zentraler Bestandteil des Lebens. Und zweitens finden sich vielfältige Formen von Arbeit auch ausserhalb der Erwerbstätigkeit, um die es in der Diskussion um work-life balance fast immer geht. Tatsächlich gemeint ist also eine Balance bzw. ein Balancieren zwischen verschiedenen life domains (Ulich/Wiese 2011).

Im Bericht der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen (EKFF 2004) wird denn auch unmissverständlich formuliert: „Die Planbarkeit der Arbeitszeiten ist bei ‚flexiblen‘ Arbeitsverhältnissen eine unabdingbare Voraussetzung für die Gestaltung verlässlicher Beziehungen und für eine gerechte Aufgabenteilung zwischen den erwachsenen Familienmitgliedern“ (S. 132, im Bericht durch Fettdruck hervorgehoben).

Damit wird Planbarkeit zu einem zentralen Element gesunder Lebensgestaltung.

Fazit

Die Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeit als Element der corporate social responsibility und Aufgabe des Managements ist prinzipiell auch in die Unternehmensbewertung einzubeziehen. Damit

wird die Verantwortung der Mitarbeitenden, durch Lebensstil und Verhalten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zum Erhalt und zur Förderung der eigenen Gesundheit – gegebenenfalls auch der der Familie – beizutragen, keineswegs in Frage gestellt. Dass viele auch dazu professioneller Unterstützung bedürfen, steht allerdings ebenfalls außer Frage.

Literatur

- BAMBERG, E./METZ, A.-M. (1998): Intervention. In: Bamberg, E./Ducki, A./Metz, A.-M. (Hg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen, S. 177–209
- BERNARD, H. (2005): Lernen am Arbeitsplatz fördern – wie geht das? In: Bericht über den 51. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft: Personalmanagement und Arbeitsgestaltung. Dortmund, S. 97–100
- DEGENER, M. (2004): Unternehmenserfolg und soziale Verantwortung. Frankfurt am Main
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR NORMUNG (2008): DIN EN 614-2. Sicherheit von Maschinen – Ergonomische Gestaltungsgrundsätze. Teil 2: Wechselwirkungen zwischen der Gestaltung von Maschinen und den Arbeitsaufgaben. Deutsche Fassung EN 614-2:2000+A1: 2008. Berlin
- EIDGENÖSSISCHE KOORDINATIONS-KOMMISSION FÜR FAMILIENFRAGEN (EKFF) (2004): Schlussfolgerungen, Grundsätze und Empfehlungen der EKFF. In: EKFF (Hg.): Zeit für Familien. Beiträge zur Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsalltag aus familienpolitischer Sicht. Bern, S. 129–141
- EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS (Eurofound) (2007): Managing musculoskeletal disorders. Dublin
- FRIELING, E. ET AL. (2006): Lernen durch Arbeit. Entwicklung eines Verfahrens zur Bestimmung der Lernmöglichkeiten am Arbeitsplatz. Münster
- GROB, R. (1985): Flexibilität in der Fertigung. Berlin
- HACKER, W. (2004): Leistungs- und Lernfähigkeiten älterer Menschen. In: Cranach, M. v. et al. (Hg.): Ältere Menschen im Unternehmen. Chancen, Risiken, Modelle. Bern, S. 163–172
- JANSEN, D./NACHREINER, F. (2004): Flexible Arbeitszeiten. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Fb 1025. Bremerhaven
- JURCZYK, K. (2008): Vereinbarkeit von Beruf und Familie heute – mehr Risiken als Chancen? In: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung, 3, S. 3–4.
- KLEMENS, S./WIELAND, R./KRAJEWSKI, J. (2004): Fähigkeits- und führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche. In: Dokumentation des 50. Arbeitswissenschaftlichen Kongresses vom 24. bis 26. März 2004 in Zürich. Dortmund
- KLOTTER, C. (1999): Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In: Oesterreich, R./Volpert, W. (Hg.): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Bern, S. 23–61
- KRUSE, A./PACKEBUSCH, L. (2006): Alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung. In: Zimolong, B./Konrad, U. (Hg.): Enzyklopädie der Psychologie. Band Ingenieurpsychologie. Göttingen, S. 425–458
- LUNDBERG, U. (1996): Work, stress and musculoskeletal disorders. In: Ullsperger, P./Ertel, M./Freude, G. (Eds.): Occupational health and safety aspects of stress at modern workplaces. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin; Tagungsbericht 11. Bremerhaven, S. 66–78
- MELIN, B. ET AL. (1999): Psychological and physiological stress reactions of male and female assembly workers: A comparison between two different forms of work organization. In: Journal of Organizational Behavior, 20, pp. 47–61
- RISO, S. (2007): Die Auswirkungen des Wandels in der Arbeitswelt auf das wiederholte Auftreten von Muskel- und Skelett-Erkrankungen. In: Magazine 10 (Magazin der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz), S. 3–7
- SEMMER, N./RICHTER, P. (2004): Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Belastbarkeit älterer Menschen. In: Cranach, M. v. et al. (Hrsg.): Ältere Menschen im Unternehmen. Bern, S. 95–116
- SIEGRIST, J. (1996a): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen
- SIEGRIST, J. (1996b): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. In: Journal of Occupational Health Psychology, 1, pp. 27–41
- SIEGRIST, J. (2002): Effort-reward imbalance at work and health. In: Perrewe, P. L./Ganster, D. C. (Eds.): Research in occupational stress and well being. Historical and current perspectives on stress and health, Vol. 2. New York, pp. 261–291
- SIEGRIST, J. (2009): Gratifikationskrisen als psychosoziale Herausforderungen. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 44, S. 574–579
- SIEGRIST, J. ET AL. (Arbeitsgruppe 2). (2004): Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen. Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- ULICH, E. (1978): Über das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung. In: Industrielle Organisation, 47, S. 566–568.
- ULICH, E. (2011): Arbeitspsychologie. 7. Auflage. Zürich
- ULICH, E./WIESE, B. (2011): Life Domain Balance. Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität. Wiesbaden
- ULICH, E./WÜLSER, M. (2010): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 4. Auflage. Wiesbaden
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. Geneva
- ZÜLCH, G./STARRINGER, M. (1984): Differentielle Arbeitsgestaltung in Fertigungen für elektronische Flachbaugruppen. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 38, S. 211–216.

Vereinbarkeit von Beruf und Pflege im Fokus betrieblicher Personalpolitik

Alexander Böhne
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)

Der demografische Wandel wurde aus personalpolitischer Perspektive lange vorrangig unter den Aspekten alternder Belegschaften oder des (aus einer schrumpfenden Bevölkerung resultierenden) Nachwuchsmangels bzw. Fachkräftemangels diskutiert. Eine steigende Lebenserwartung bei gleichzeitigem Geburtenrückgang bedeutet jedoch einen steigenden Anteil pflegebedürftiger älterer Menschen und lenkt den Fokus der Diskussion zunehmend auf das Thema Pflege.

Ausgangssituation

Derzeit gibt es ca. 2,4 Mio. Menschen, die nach SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz) als pflegebedürftig gelten. Das statistische Bundesamt prognostizierte für 2020 einen Anstieg auf 3,0 bis 3,4 Mio. Pflegefälle. Bereits heute ist ein struktureller Fachkräftemangel in der Pflegebranche mehr als deutlich. Schon Mitte 2010 fehlten, so die Schätzungen des Arbeitgeberverbands Pflege e.V., rund 20.000 Fachkräfte. Allein in den nächsten zehn Jahren wird dort mit einem zusätzlichen Bedarf von ca. 80.000 Pflegefachkräften und zusätzlichen 200.000 Betreuungskräften gerechnet, die sowohl als Pflegehilfskräfte im stationären Bereich als auch in privaten Haushalten als Haushaltshilfen und bei ambulanten Diensten eingesetzt werden müssen, um dem massiv wachsenden Anteil pflegebedürftiger Menschen die notwendige Betreuung zu ermöglichen (RWI 2009).

Zu Hause werden derzeit rund 1,4 Mio. der pflegebedürftigen Menschen gepflegt, zum überwiegenden Teil von

Frauen (73 %). Gleichzeitig sind 65 % der Pflegenden noch im erwerbsfähigen Alter. 37 % davon sind erwerbstätig.

Unter dem Eindruck der o.g. schrumpfenden Erwerbsbevölkerung mit zunehmendem Fach- und Führungskräfte-mangel besteht somit Handlungsbedarf für die Personalverantwortlichen, die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege personalpolitisch umzusetzen. Zielsetzung ist die Vermeidung von Fluktuation und der Erhalt leistungsfähiger und -bereiter Mitarbeiter. Gleichwohl ist die Pflege von Angehörigen auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Diese Aufgabe kann und darf nicht zu einer neuen Belastung von Betrieben und Arbeitsplätzen führen. Die Notwendigkeit, das Pflegesystem und die Pflegeversicherung effektiv weiterzuentwickeln, darf den Faktor Arbeit nicht länger belasten.

Personalpolitisch sind informelle Lösungsansätze auf betrieblicher Ebene gegenüber gesetzlichen Regulierungen ohnehin vorzuziehen. Trotz der gerade erst beginnenden Diskussion über die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gaben in einer Studie (BMFSFJ 2000) bereits 38 % der Befragten an, dass in ihren Unternehmen informelle unbezahlte Freistellungen zur Pflege erkrankter Familienangehöriger möglich sind. Lösungen, die zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbart werden, gewährleisten eine angemessene Berücksichtigung unternehmensspezifischer Gegebenheiten und individueller Bedürfnisse von Arbeitnehmern mit Pflegeverantwortung. Sie müssen durch flankierende gesetzliche Regelungen gefördert und unterstützt werden.

Merkmale einer Pflegesituation

Im Vergleich zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie (child care) sind im Fall der Pflege von Familienangehörigen aus personalpolitischer Sicht wesentliche Unterschiede zu beachten. Anders als bei der Familienplanung tritt eine Pflegesituation häufig unvermittelt ein (z.B. bei einem Schlaganfall oder einem Unfall). Darüber hinaus ist ihr quantitativer und qualitativer Verlauf (Intensität der Pflege, Dauer etc.) meist nicht einschätzbar. Zusätzlich ist die Pflege eines kranken Menschen physisch und insbesondere psychisch besonders belastend. Der Mitarbeiter, der sich mit einer Pflegesituation auseinandersetzen muss, ist dementsprechend meist nur eingeschränkt belastbar (häufigere Krankmeldungen) und weniger produktiv.

Personalpolitische Handlungsfelder

Die Hertie-Stiftung stellte bereits 2007 in Zusammenarbeit mit der Prognos AG erstmals einen umfassenden Praxisratgeber für den Bereich elder care vor. Die dort umrissenen Handlungsfelder sind unter anderen:

- Arbeitszeit
- Arbeitsort
- Personalentwicklung
- Führung
- Information und Kommunikation
- Ein Serviceangebot für pflegende Mitarbeiter ergänzt das personalpolitische Konzept Beruf und Pflege.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass sich insbesondere große Firmen und Organisationen dieses Themas seit geraumer Zeit



angenommen und personalpolitische Konzepte umgesetzt haben. Kleine und mittlere Unternehmen verfügen häufig nicht über ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen, um vergleichbar aktiv zu werden. Nachstehende Gestaltungsmöglichkeiten sollten, bezogen auf die spezifische Unternehmenssituation, individuell interpretiert werden und lediglich als Handlungsempfehlungen dienen. Die größere Nähe kleiner und mittlerer Unternehmen zu den Mitarbeitern macht es jedoch möglich, spontan und intuitiv richtig im Sinne des Unternehmens und des Mitarbeiters bezüglich der Pflegeaufgaben zu entscheiden.

Die Bedürfnisse der Pflegenden umfassen in der Regel folgende Bereiche: zeitliche und räumliche Gestaltung sowie finanzielle, informatorische und nicht zuletzt emotionale Unterstützung. In diesen Bereichen lassen sich relativ kostengünstig Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegenden realisieren.

Arbeitszeit

Ein im Vergleich zur Kindererziehung schwierig zu kalkulierender Zeitbedarf macht im Einzelfall eine weitere Flexibilisierung und Individualisierung der Arbeitszeit unter Beachtung betrieblicher Gegebenheiten notwendig. Gleit- und Teilzeitmodelle oder auch Job Sharing ermöglichen eine bessere Anpassung an die pflegerischen Anforderungen (größere Kompatibilität von Arbeits- und Pflegezeiten). Eine zu lange, gar mehrjährige Freistellung ist aus Sicht des Pflegenden jedoch nicht zwingend sinnvoll, da dieser seine beruflich bedingte Abwesenheit von der Pflegesituation häufig als Ent-

lastung und daher als emotional stabilisierend empfinden kann.

Arbeitsorganisation und Arbeitsort

Bei der Gestaltung organisatorischer Prozesse sollte, sofern erforderlich, die besondere Situation Pflegenden berücksichtigt werden. Deren eingeschränkte Flexibilität in zeitlicher, aber auch räumlicher Hinsicht spielt z.B. bei betrieblich bedingter Mehrarbeit, bei der Urlaubsplanung oder auch bei Geschäftsreisen eine wichtige Rolle. Hier wäre auch die Einrichtung von Tele- oder Heimarbeitsplätzen im Sinne eines Home-Office in Betracht zu ziehen. Der Pflegenden kann so die Arbeits- und Pflegesituation in örtlicher und zeitlicher Hinsicht besser synchronisieren. Personalpolitische Maßnahmen hinsichtlich der Arbeitsorganisation, des Arbeitsortes sowie der Arbeitszeit haben einen entlastenden Charakter (flexible Gestaltung und Verteilung von Arbeitsaufträgen, Job-Sharing, kurzfristige Arbeitsfreistellung zur Betreuung kranker Kinder und bedürftiger Angehöriger).

Personalentwicklung

Pflegebedingt erzwungene Freistellungen gefährden die Qualifikation des Mitarbeiters. Um Dequalifikation zu vermeiden, muss das Wissen des Mitarbeiters auch über einen längeren Zeitraum hinweg erhalten und weiterentwickelt werden. Die Kommunikation zwischen Unternehmen und Mitarbeiter sollte daher trotz dessen Abwesenheit unbedingt aufrechterhalten werden. Die schon genannte geringere Flexibilität macht bereits die Fort- und Weiter-

bildung während der Anwesenheit des Mitarbeiters schwierig. Betriebliche Weiterbildungsangebote sollten dennoch vom Pflegenden wahrgenommen werden.

Führung

Die Führungskraft kann sich in formellen und/oder informellen Mitarbeitergesprächen über die individuelle Pflegesituation des Mitarbeiters informieren. Insbesondere für kleine Unternehmen besteht hier die Möglichkeit, individuelle Vereinbarungen im beiderseitigen Interesse zu treffen. Es bietet sich darüber hinaus an, die Führungskraft in Vorträgen oder Seminaren zum Thema zu schulen, um auf das Problem vorbereitet zu sein.

Information und Kommunikation

Außerdem bietet es sich an, dass die Unternehmen sich aktiv mit dem Thema Beruf und Pflege beschäftigen, um bei Eintritt eines Pflegefalls im Sinne des Unternehmens und des Pflegenden reagieren zu können. Dazu gehört auch die Information und Sensibilisierung nicht nur der Führungskräfte, sondern der gesamten Belegschaft. Zielsetzung ist ein professioneller Umgang mit Pflegebedürftigkeit und den sich daraus ergebenden individuellen und betrieblichen Konsequenzen.

Insbesondere bei seinen Kollegen trifft der Pflegenden oft auf Unverständnis, da seine Situation auch das kollegiale Umfeld (Überstunden, Urlaubsplanung, Arbeitszeitgestaltung) betrifft. Hier kann von der Führungskraft oder der Unter-



nehmensleitung deutlich gemacht werden, dass jeder von einer Pflegesituation betroffen werden kann.

Die Information umfasst aber nicht nur das Thema Pflege allgemein, das Unternehmen kann hier auch die eigenen Angebote für pflegende Mitarbeiter kommunizieren (Intranet, Schwarzes Brett etc.).

Serviceangebote

Serviceangebote für die Mitarbeiter ergänzen die personalpolitischen Maßnahmen. Die Angebote können sich erstrecken von Inhouse-Seminaren über allgemeine Informationen bis zu konkreten Unterstützungsmaßnahmen:

- interne und externe Ansprechpartner (Wo bekomme ich Hilfe zu rechtlichen und finanziellen Fragen? Wer sind kompetente Partner bei der Unterstützung von Pflegeaufgaben? etc.)
- Vernetzung mit außerbetrieblichen Ansprechpartnern (Sozialstationen, Altenhilfen, Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste etc.)
- individuelle Beratungsgespräche

Oft ist die Bereitstellung und/oder der Hinweis auf Informationsmaterial schon ein erster und für die Betroffenen entlastender Schritt.

Fazit

Kompetente Mitarbeiter können durch einen unternehmensspezifischen Maßnahmenmix bei der Bewältigung von Pflege und Arbeit unterstützt werden. Geringere Ausfallzeiten, positive motivationale Effekte der Betroffenen und eine

ausgeprägte Unternehmensbindung sind nicht von der Hand zu weisende Vorteile für den Betrieb. Zudem steigert der Arbeitgeber seine Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt.

Die Etablierung verschiedener Maßnahmen ist teilweise mit einem nicht unerheblichen Mehraufwand verbunden, jedoch werden die Mitarbeiter die Leistungen des Unternehmens nicht nur im eigenen Bedarfsfall zu schätzen wissen. Die betrieblichen Maßnahmen geben allen Mitarbeitern (auch den nicht unmittelbar betroffenen) ein positives Signal. Das Unternehmen demonstriert Interesse und Unterstützungsbereitschaft gegenüber der eigenen Belegschaft.

Nachhaltig betrieben wirken solche Maßnahmen auch positiv auf die Unternehmenskultur. Dafür ist jedoch eine breite Akzeptanz der Mitarbeiter notwendig. Konzepte zur Unterstützung der Pflegenden sind gerade in kleineren Unternehmen, wo teilweise sehr individuelle Vereinbarungen zwischen Unternehmensführung und Pflegendem getroffen werden müssen, abhängig von der Akzeptanz der übrigen Kollegen. Je geringer die Dispositionsmöglichkeiten eines Unternehmens im Bereich Personal sind, desto wichtiger ist die Flexibilität der übrigen Mitarbeiter. Führungskräfte sind für die Sensibilisierung im Unternehmen zuständig und können durch Aufklärung dafür Sorge tragen, dass die Maßnahmen auf Verständnis stoßen. Beispielsweise können Mehrbelastungen – durch einen kurzfristigen Arbeitsausfall verursacht – so auf eine breitere Unterstützung seitens der Belegschaft bauen.

Literatur

- AUGURTZKY, B et al. (2009): RWI Pflegeheim Rating Report 2009 Konsolidierung voraus!
- BMFSFJ (Hg.) (2000): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – Betriebliche Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger

Das gesunde Gleichgewicht zwischen Familie, Beruf, Freizeit – mhplus Krankenkasse Work-Life-Balance-Seminare¹

Andrea Neid, mhplus Betriebskrankenkasse, Ludwigsburg

Anne Schweppenhäuser, C!CERO Organisationsentwicklung GmbH, Stuttgart

1. Aktualität des Themas Work-Life-Balance

Das Thema Work-Life-Balance wird seit Jahren mit wachsendem Interesse und steigender Intensität in der Bevölkerung, in Unternehmen, in überregionalen Zeitungen (z.B. *Zeit*² und *Handelsblatt*³) und Zeitschriften (z.B. *Harvard Business Manager*⁴ und *SPIEGEL WISSEN*⁵) diskutiert. Fischermann/Heuser (2007) titeln in der *Zeit* „Die neue Balance“ und behaupten: „wir bleiben nur wettbewerbsfähig, wenn wir lernen, Leben und Arbeiten besser miteinander zu verbinden“ (S. 23). Badura/Hehlmann (2003) beschreiben die Notwendigkeit der Erhaltung der Work-Life-Balance folgendermaßen: „Eine Gesellschaft, deren Mitglieder sich ausschließlich ihrer Arbeit widmen, vernachlässigt ihre Zukunft und lädt zur Selbstausbeutung ein.“ (S. 51) Ulich/Wülser (2005) betonen, dass es sich bei dem Begriff „Work-Life-Balance“ um eine „sachlich falsche und irreführende Begrifflichkeit“ (S. 317) handele, und beschreiben die Zielrichtung damit, die „Balance zwischen den Möglichkeiten und Anforderungen der Erwerbsarbeit und den Möglichkeiten und Anforderungen anderer Lebenstätigkeiten zu finden bzw. zu erarbeiten.“ (S. 318) Hämmig/Bauer (2010) fassen zusammen: „Eine gute Vereinbarkeit von Erwerbs- und Privatleben ist nicht nur eine wichtige Quelle individuellen und – mit Blick auf die Familie und das soziale Umfeld – kollektiven Wohlbefindens und damit eine *personale* und *soziale Ressource*. Sie ist darüber hinaus auch ein zentraler betrieblicher sowie volkswirtschaftlicher und damit gesellschaftlicher Erfolgsfaktor, also eine organisationale

und eine *soziale Ressource*, die es zu fördern und zu stärken gilt.“ (S. 239; Hervorh. im Orig.)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definierte 1946 Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (zit. nach Ulich/Wülser 2005, S. 17) und erweiterte 1987 diese Beschreibung: „Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftliches und sozial aktives Leben zu führen“ (zit. nach Ulich/Wülser 2005, S. 17). Der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky vollzog einen Paradigmenwechsel und vertiefte schwerpunktmäßig den salutogenetischen Ansatz, wie Gesundheit trotz vieler Stressoren und Gesundheitsrisiken erhalten wird – im Gegensatz zu der pathogenetischen Fragestellung, die sich damit beschäftigt, wie Krankheiten entstehen (zit. nach Ulich/Wülser 2005, S. 51 ff.).

Die Weltgesundheitsorganisation WHO erklärte Stress zur größten Gesundheitsgefahr des 21. Jahrhunderts, da Stress bei fast 70 % aller Krankheiten mit verursachend ist (zit. nach Ruess/Mai 2007). Unternehmen und Krankenkassen melden jährlich steigende Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund psychischer Erkrankungen wie Erschöpfung, Burn-out, Depression und ähnliche Erkrankungen. Sylvia Lipowski (2011) zitiert eine Studie der Bundespsychotherapeutenkammer aus dem Jahr 2010, die elf Prozent aller Fehltag auf Burn-out und andere psychischen Erkrankungen aufgrund gewachsener Anforderungen im Job zurückführt. Die aktuellen Daten des BKK Bundes-

verbandes weisen auf die größten Zuwachsraten bei den Krankenständen durch seelische Leiden hin, der Anteil der auf psychische Erkrankungen zurückzuführende Fehlzeiten ist mittlerweile auf 12 % angestiegen (BKK Bundesverband 2011). Dilk/Littger (2008) identifizieren folgende Symptome in „ausgebrannten Unternehmen“: innere Kündigung, Kommunikationsprobleme, Informationsdefizite, zunehmende Konflikte, ein wachsendes Gefühl von Sinnlosigkeit im Unternehmen, ein „depressiveres“ Betriebsklima, hoher Krankenstand, Rückzug und Abschottung der Mitarbeiter/-innen, Unberechenbarkeit und Sorge über die Zukunft des Unternehmens.

Stellenwert von Work-Life-Balance im internationalen Vergleich

Dagmar Wilbs (2008) berichtet über die nationalen Unterschiede des Mitarbeiterengagements anhand der Ergebnisse der „What's Working“-Studien: Work-Life-Balance hat in der weltweiten Betrachtung den dritten Platz erreicht:

1. Platz: Respekt
2. Platz: Art der Arbeit
3. Platz: Work-Life-Balance

Überdurchschnittliche Werte bei der Einschätzung der Wertigkeit der Work-Life-Balance wurden in Frankreich erreicht. In Deutschland rangiert die Work-Life-Balance allerdings erst auf dem sechsten Platz. Den Befragten in Deutschland sind wichtig:

1. Platz: Menschen, mit denen man zusammenarbeitet
2. Platz: Respekt

¹ Das von A. Schweppenhäuser konzipierte, weiterentwickelte und seit 2003 durchgeführte Seminar „Work-Life-Balance“ wird bundesweit als offenes oder firmeninternes Seminar in Kooperation mit der überregionalen Krankenkasse mhplus BKK angeboten (im Rahmen der Prävention stressbedingter Erkrankungen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.06.2000 in der Fassung vom 27.08.2010).

² Die Zeit, Dezember 2007

³ Handelsblatt Special 2007

⁴ Harvard Business Manager, Edition 4/2010, Work-Life-Balance

⁵ Spiegel Wissen Nr. 1/2011, Das überforderte Ich. Stress – Burnout – Depression

3. Platz: Art der Arbeit
4. Platz: betriebliche Zusatzleistungen
5. Platz: Bereitstellung von gutem Kundenservice
6. Platz: Work-Life-Balance

2. Das mhplus-Seminarkonzept: Work-Life-Balance

Das Seminarkonzept „Work-Life-Balance“ umfasst neben einem Eingangs- und einem Evaluationsfragebogen die folgenden Seminarinhalte für die Teilnehmer/-innen:

- Diagnose der aktuellen Gleichgewichtssituation
- persönliche Ursachen der verlorenen bzw. noch nicht entwickelten Work-Life-Balance
- individuelle Balance (wieder-)finden
- balanceorientiertes Zeit- und Selbstmanagement

Die didaktische und methodische Konzeption dieses Seminars beinhaltet den Wechsel zwischen Selbstreflexion, Gruppenarbeit, Impulsreferaten und der individuellen Transfervorbereitung. Den individuellen Lernprozess unterstützen, interaktions- und kommunikationsstiftende, kurze Entspannungsübungen werden ebenfalls eingesetzt.

Das Seminar wird seit 2003 von mhplus Krankenkasse als zweitägiges offenes oder firmeninternes Seminar in Gruppen von sieben bis 15 Teilnehmer/-innen angeboten.

Teilnehmer/-innen des Seminars

Seit 2003 haben insgesamt 867 Teilnehmer/-innen 79 offene Kurse „Work-Life-Balance“ besucht. Im Durchschnitt der neun Jahre (2003 bis 2011) wurden pro Jahr 8,78 Seminare durchgeführt (Range: 2003 zwei Seminare; 2007/2008 jeweils 15 Seminare). Die durchschnittliche Gruppengröße pro Seminar lag bei 11 Teilneh-

mer/-innen. Die offenen Kurse haben 514 Frauen (59,4 %) und 351 Männer (40,6 %) besucht. Die Altersspanne der Teilnehmer/-innen der offenen Kurse erstreckte sich von Mitte Zwanzig bis Ende Sechzig. Die mit ca. 40 % teilnehmerstärkste Altersgruppe waren Versicherte zwischen 41 und 50 Lebensjahren. In den offenen Kursen trafen Beschäftigte verschiedener Hierarchieebenen, Führungskräfte, Selbstständige und Arbeitssuchende in unterschiedlichen Lebenssituationen und mit vielfältigen gesundheitlichen Ausgangslagen zusammen. Die Teilnehmer/-innen berichteten über Herz-Kreislauf-, Skelett-Muskelerkrankungen, Tinnitus, Hörstürze, psychosomatische Beschwerden, Krebserkrankungen, diagnostizierte Depression und Burn-out (z.T. nach Rehabilitationsmaßnahmen).

Seit 2003 wurden neun *firmeninterne Seminare* „Work-Life-Balance“ mit insgesamt 76 Teilnehmer/-innen (Gruppengröße im Durchschnitt: 8,44 Teilnehmer/-innen) durchgeführt. Die firmeninternen Kurse wurden von 20 Frauen (26,3 %) und 56 Männern (73,7 %) besucht.

3. Erfahrungsbericht

Covey (1992) unterscheidet in seinem Buch *Die sieben Wege zur Effektivität* die verschiedenen Lebensbereiche eines Menschen in physisch, geistig, spirituell und sozial-emotional und weist darauf hin, dass es im Rahmen einer ausgewogenen Balance innerhalb der Wochenplanung sinnvoll ist, Raum und Zeit für diese Lebensbereiche zu reservieren. Lothar Seiwert (2004) und Mario von Münchenhausen (2004) formulieren die relevanten Lebensbereiche ähnlich:

- Körper – Gesundheit
- Arbeit – Leistung – Karriere
- soziale Beziehungen – emotionale Kontakte
- Sinn – Kultur

Die Teilnehmer/-innen diagnostizieren ihre Ausgangssituation bezüglich der spezifischen persönlichen Balance als Ist-Zustand, ermitteln deren Belastungen und erkennen ihre bereits entwickelten Ressourcen im Umgang mit ihrer aktuellen Lebenssituation. Die Erkenntnis „Ich bin nicht allein mit meinen Schwierigkeiten“ schafft eine erste Vertrautheit und Verständnis der Teilnehmer/-innen untereinander. Rasch wird deutlich, dass es die schnelle Lösung, das allgemeingültige Konzept für ein ausgewogenes Leben nicht zu geben scheint. Die nächsten Seminarschritte unterstützen die Teilnehmer/-innen darin, ihre aktuelle Balancesituation noch genauer zu beschreiben und die eigenen Stress auslösenden Situationen präziser zu identifizieren. Danach erfolgen das Bewusstwerden und die Konkretisierung persönlicher Ziele, Werte und Motive für das eigene Handeln. Der Nutzen, aber auch die Nachteile bestimmter inneren Stress auslösender Leitmotive, die Auseinandersetzung mit dem eigenen „inneren Team“ (Schulz von Thun 1998) und allgemein gültigen „Lebenserfolgs-Modellen“, die sich gelegentlich als „Lebenserfolgs-Mythen“ herausstellen, runden diesen Teil des Seminars ab. Anregungen aus dem Zeitmanagement werden eingebracht und konkret auf die individuell gewünschte Veränderung der eigenen Balancesituation und die (neu) formulierten Ziele angewandt.

Eine *zentrale Frage* im Zusammenhang mit der persönlichen Balance ist die Wahrnehmung der aktuellen persönlichen Lebenssituation im Hinblick auf die übernommenen „*Rollen im Leben*“ (Covey) oder „*Lebenshüte*“ (Seiwert). Beispiele:

■ Rollen innerhalb der Familie:

Partner/-in in einer Ehe- oder Lebensgemeinschaft; Elternteil für die eigenen Kinder; Patchwork-Eltern in der Patchwork-Familie; Kind bei den eige-



nen Eltern, deren Bedürfnisse sich im Alter oder angesichts ihrer Gesundheit und Pflegebedürftigkeit ändern; Geschwister; Onkel/Tante; Cousine usw.

■ **Berufliche Rollen:**

Mitarbeiter/-in; Führungskraft; Projektleiter/-in, Betriebs- oder Personalrat, Ersthelfer/-in etc.

■ **Rollen in der Freizeit:**

Mitglied eines Vereins (Sport, Kultur, Politik, Wohlfahrtsverband etc.), Vorstand eines Vereins im Ehrenamt, Kunde einer Dienstleistung, Nachbar/-in etc.

Sowohl Covey als auch Seiwert empfehlen, die Anzahl der relevanten Rollen auf sieben zentrale Rollen zu begrenzen, um zu verhindern, dass ein Mensch sich – nicht nur – zeitlich „verzettelt“.

Alle diese übernommenen Rollen wirken mehr oder weniger deutlich ausgeprägt in einem Menschen. Dazu kommen die ausgesprochenen oder unausgesprochenen Erwartungen, die andere Menschen an diese Rolle haben: In jüngster Zeit berichten beruflich erfolgreiche männliche Führungskräfte mit Familie über ihre als belastend empfundene Rolle als alleiniger Ernährer der Familie: „Da darf gar nichts schief gehen im Job, sonst sind die ganze Absicherung und der Lebensstandard weg. Deshalb sitze ich oft bis spät in der Nacht im Büro, um meinem Chef keinen Anlass zur Kritik an meiner Arbeit zu geben.“

In manchen Fällen kann es im beruflichen und/oder privaten Bereich durch eine Person mehrfach besetzte Rollen geben, beispielsweise der/die im Büro mitarbeitende Ehepartner/-von einem/einer Handwerksmeister/-in oder auch die häufigen Doppelrollen im familiären Bereich in der Partnerschaft/Ehe und als Eltern. Junge Eltern beklagen, dass es nicht leicht fällt, Raum und Zeit für die lebendige Gestaltung und Vertiefung der Partnerschaft zu finden – angesichts

der vielfältigen und teilweise neuen Aufgaben als Eltern.

Fazit: Der Weg zur persönlichen Balance besteht nach dem Bewusstwerden der persönlichen Situation in der (regelmäßigen) persönlichen Klärung von Zielen, Rollen und Werten: Was habe ich? Was will ich? Was will ich nicht? *Den Kurs im eigenen Leben (neu)* setzen. Der zweite Schritt liegt dann in der achtsamen und selbstreflektierenden Umsetzung der eigenen Ziele: Wie kann ich das erreichen, was mir wichtig ist? Wie erreiche ich meine Ziele? *Den eigenen Kurs (die eigenen Ziele) konkret und praktisch umsetzbar ansteuern und regelmäßig feinjustieren.*

Unterschiede zwischen offenen und firmeninternen Seminaren

Bei *offenen* Seminaren melden sich Versicherte selbst, freiwillig und aus Eigeninitiative an, da für sie aus unterschiedlichsten (Hinter-)Gründen Work-Life-Balance in der aktuellen Lebenssituation ein wichtiges Thema (geworden) ist. Anlässe können die Bewältigung persönlicher kritischer Lebensereignisse, psychosomatische Erkrankungen oder das abschreckende gesundheitliche Beispiel oder Verhalten naher Angehöriger oder Kolleg(inn)en sein, die den individuellen Präventionsgedanken in den Vordergrund stellen. Folgende Erwartungen werden zu Beginn des Seminars genannt (Auszüge aus Erwartungsabfragen): Selbstreflexion, besserer Umgang mit Stress, Anregungen und Werkzeuge (für Zeitmanagement), mehr Gelassenheit, nein sagen ohne schlechtes Gewissen, abschalten lernen. In den meisten offenen Seminaren sind die Teilnehmer/-innen nicht persönlich miteinander bekannt, verbunden durch unterschiedlich große Neugier, wie andere ihr Leben gestalten. Über die Motivation zum Seminarbesuch wird in großer Offenheit, Klarheit und Ehrlichkeit bereits in den ers-

ten dreißig Seminarminuten gesprochen. Teilweise sehr persönliche Fragen (z.B. Fragen nach Partnerschaft und Sexualität) werden im Seminar ausgetauscht. Besondere Nähe, Intensität und unmittelbare Umsetzungsrelevanz entstehen im Seminar, wenn (Ehe-)Paare, Eltern und Kind oder direkte Kolleg(inn)en das Seminar gemeinsam besuchen. Einige Teilnehmer/-innen haben das offene Seminar im Laufe der vergangenen neun Jahre zum zweitenmal besucht, weil sie die Unterstützung in neuen Lebenssituationen suchten. Weiterhin bleiben Teilnehmer/-innen nach Abschluss des Seminars privat im Kontakt.

Einige Aussagen zum Ende des Seminars (in Auszügen):

- *Meine wichtigste Erkenntnis ist, dass ich erschrocken bin, wie stark ich aus der Balance bin. Es ist der Perfektionismus, der mich antreibt. Ich suche Balance in Richtung Lebensfreude.*
- *Für mich war dieses Seminar eine willkommene Gelegenheit innezuhalten. Es war der richtige Zeitpunkt. Die Werkzeuge werde ich anwenden, schon ab Montag im alltäglichen Chaos.*
- *Ich bin schon ein gutes Stück [weit] gekommen. Ich vermute, dass die Work-Life-Balance eine Aufgabe ist, die ein Lebtage „erkämpft“ werden muss.*
- *Was hat das (Seminar) mit mir gemacht? Ich habe schon viele Ziele, kurz-, mittel- und langfristige Ziele, formuliert. Es liegt nun an dir selbst, ob Veränderung eintritt. [Als Aufforderung an mich selbst:] Die Zügel des Lebens wieder stärker in die Hand nehmen!*

Bei *firmeninternen* Seminaren kommen Kolleg/-innen unterschiedlicher Hierarchieebenen und Zusammenarbeitsbeziehungen eines Unternehmens in einem Seminar innerhalb der betrieblichen Personalentwicklung zusammen, nach den damit verbundenen vor- und



nachbereitenden Gesprächen mit der jeweiligen Führungskraft über die Notwendigkeit und den Nutzen dieses Seminars. In vielen Fällen sind Erwartungsfragebögen sehr oberflächlich ausgefüllt, wenn sie überhaupt ausgefüllt und weitergeleitet werden. Ein Teilnehmer hat das zum Ende eines firmeninternen Seminars so formuliert: „Bei einem eher/sehr persönlichen Thema *die Hosen runterzulassen*, ohne zu wissen, wer den Erwartungsbogen liest oder was damit passiert, das mache ich sehr ungern.“ Als Motivation zur Seminaranmeldung wird verstärkt die Notwendigkeit neuer Werkzeuge zu den Themen Stress, Selbst- und Zeitmanagement und in jüngster Zeit

allgemeiner gefasst Burn-out-Prophylaxe genannt. Die eigentliche Motivation zum Seminarbesuch oder persönlich berührende Fragen werden häufig in Pausengesprächen oder nach Seminarenden unter vier Augen mit der Trainerin erörtert. Ein wesentliches, häufig nicht verbalisiertes, allerdings Stress auslösendes Thema in firmeninternen Seminaren sind die folgenden Fragen: Wie offen darf ich hier über meine Schwächen oder meine persönlichen Fragen sprechen? Welche Wege im Unternehmen können diese Informationen nehmen? Welches Bild bekommen Kolleg(inn)en von mir, mit denen ich jetzt oder in Zukunft zusammenarbeite? Als methodische Reaktion auf diese

Beobachtung werden Übungen zur Selbstreflexion in Einzelarbeit angeboten, verstärkt Erfahrungsberichte von früheren Teilnehmer/-innen durch die Trainerin (als Projektionsmöglichkeit für Teilnehmer/-innen) eingebracht und die Auswertungsphasen im Plenum zeitlich kürzer gestaltet.

4. Wirkungen auf der Ebene der Verhaltens- und der Verhältnisprävention

Als Präventionsseminar zur Vorbeugung stressbedingter Erkrankungen zielt das Seminar „Work-Life-Balance“ auf die Reflexion und Veränderung persönlicher Stressmuster, die in gesundheitsförder-

Tabelle 1

Bewertung der Work-Life-Balance-Seminare

	trifft zu	trifft nicht zu		
Mein Befinden hat sich durch die Teilnahme am Programm verbessert	82%	18%		
Meine bestehenden Beschwerden haben sich reduziert	50%	50%		
Ich komme mit den angebotenen Entspannungstechnik gut zurecht	77%	23%		
Durch den Kurs wurde ich angeregt, aktiv für meine Gesundheit einzutreten	93%	7%		
Der Kurs hat meine Freizeitaktivitäten (z.B. mehr Bewegung, Entspannung, ...) positiv beeinflusst	86%	14%		
	ja	nein		
Haben Sie Veränderungen in Ihrem Alltag vorgenommen	93%	7%		
Wenn ja, tragen die vorgenommenen Änderungen zur Steigerung Ihres persönlichen Wohlbefindens bei?	100%			
	trifft zu	trifft nicht zu		
Die vermittelten Inhalte sind wissenwert und nützlich	100%			
Die vermittelten Inhalte sind im Alltag umsetzbar	100%			
Die Kursleitung empfand ich als fachkundig	100%			
Die Kursleitung ging auf mich ein	96%	4%		
	1	2	3	Gesamt Anzahl an Fragebogen
Das Programm insgesamt bewerte ich mit der Schulnote?	28	28	4	60

Durchschnittsschulnote: 1,6

licherem Verhalten münden. Teilnehmer/-innen beteiligen sich und gestalten dieses Seminar mit großem Eigeninteresse, teilweise hoher persönlicher Betroffenheit und dem daraus resultierenden Handlungsbedarf und der Motivation, ihre Balance in Richtung Wohlbefinden zu gestalten.

Eine stichprobenartige Auswertung der Evaluationsbögen ergibt folgende Resultate (Stichprobengröße: 60 Teilnehmer/-innen s. *Tabelle 1*):

Vereinzelte haben Teilnehmer/-innen bei Follow-ups (E-Mail-Reminder nach drei Monaten) oder Nachtreffen nach ca. zwölf Monaten über organisatorische Veränderungen am Arbeitsplatz (Verhältnisprävention) berichtet. Durch die Reflexionsangebote innerhalb des Seminars haben Führungskräfte durch persönliche Rollenklärung ihre z.T. bei ihren Mitarbeiter/-innen Stress auslösende Verhaltensweisen überprüft und gesundheitsförderlichere arbeitsorganisatorische Veränderungen, neue Arbeitszeiten oder

veränderte Rahmenbedingungen der mobilen Erreichbarkeit/Rufbereitschaft etabliert.

5. Ausblick

Das Thema Balance im Leben betrifft jeden Menschen in seinen unterschiedlichen Facetten, Wünschen, Vorlieben, Leidenschaften und Lebensumständen, nicht nur arbeitssüchtige Leitende Angestellte oder Burn-out-gefährdete Selbstständige. Eine ausgewogene persönliche Balance kann beispielsweise durch kritische Lebensereignisse oder äußere globale Ereignisse (z.B. die jüngsten Finanz- und Wirtschaftskrisen) in Gefahr geraten. Balance kann und darf nicht zum „Balancezwang“ werden (Kitz/Tusch 2011). Claus Leggewie (2011) stellt die Frage nach der notwendigen „Therapie unserer Gesellschaft“ angesichts der gegenwärtig hohen Zahlen von Burn-out, Depression und anderen Stresserkrankungen: „Drückte Menschen früher eher die Tatsache nieder, dass sie keine (oder kaum eine) Wahl hatten – wobei sie eben

darin Stattsicherheit, eventuell auch Seelenruhe finden konnten – wird nun die Wahl zur Norm und die Unsicherheit ihr Preis.“ (Leggewie 2011).

Der Soziologe und Zeitforscher Hartmut Rosa fasst in einem SPIEGEL-Titel so zusammen: „Wir erleben in der Gegenwart eine dreifache Beschleunigung – die des technischen Fortschritts, des sozialen Wandels und des Lebenstempos.“⁶ Diese Form der Beschleunigung erfordert zunehmend Anpassungsleistungen vom Einzelnen. Aus diesem Grund ist eine Stärkung des Kohärenzsinn (nach Antonovsky; zit. nach Ulich/Wülser 2005, S. 82 f.) mit den Bestandteilen Manageability (internale und externale Kontrollüberzeugung), Comprehensibility (Nachvollziehbarkeit, Verstehbarkeit) und Meaningfulness (Bedeutung, Sinn) eine überlebenswichtige Schlüsselkompetenz im 21. Jahrhundert. Eine ausgewogene Balance im Leben ist hier eine wertvolle und gesundheitsförderliche Ressource.

Literatur

- BADURA, B./HEHLMANN, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Heidelberg
- BKK BUNDESVERBAND (2011): Pressemeldung vom 19.08.2011. <http://www.bkk.de/presse-politik/presse/bkk-pressemitteilungen/itemId/85> [Internet]
- COVEY, S. R. (1992): Die sieben Wege zur Effektivität. Frankfurt
- DILK, A./LITTGER, H. (2008): Das ausgebrannte Unternehmen. In: ManagerSeminare, August 2008, 125, S. 18 ff.
- FISCHERMANN, T./Heuser, U. J. (2007): Die neue Balance. In: Die Zeit vom 27. Dezember 2007. Auch in: Zeit Online 01/2008. <http://www.zeit.de/2008/01/Work-Life-Balance?from=24hNL> [Internet]
- HÄMMIG, O./G. F. BAUER (2010): Work-Life-Balance – ein Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Faller, G. (Hg.): Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Bern
- KITZ, V./TUSCH, M. (2011): Ich will so werden wie ich bin. Für Selbsterleber. Frankfurt
- LEGGIEWIE, C. (2011): Die Ohnmacht der Getriebenen. In: Psychologie heute, September 2011, S. 33–36
- LIPKOWSKI, L. (2011): Wenn Unternehmen krank machen. Das Burnout-System. In: ManagerSeminare, September 2011, 162, S. 31 ff.
- RUESS, A./MAI, J. (2007): Stress – und kein Ende. In: Handelsblatt vom 28.03.2007. Auch in: Handelsblatt. <http://www.handelsblatt.com/karriere/nachrichten/stress-und-kein-ende/2788788.html> [Internet]
- SCHULZ VON THUN, F. (1998): Miteinander reden. Bd. III: Das innere Team und situationsgerechte Kommunikation. Reinbek bei Hamburg
- SEIWERT, L. J. (2004): Balance your life. München
- ULICH, E./WÜLSER, M. (2005): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden
- VON MÜNCHHAUSEN, M. (2004): Die vier Säulen der Lebensbalance. Berlin
- WILBS, D. (2008): Work-Life-Balance wichtig für Franzosen. In: Wirtschaftspsychologie aktuell 1/2008, S. 40 ff.

⁶ Der Spiegel 30/2011, Neustart: Wege aus der Burnout-Falle, S. 60

Psychische Gesundheit – Ein neues Thema des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Carsten Gräf, Sarah Schuster, Lena Böhnke und Martina Weber
Team Gesundheit GmbH, Essen

Die Arbeitswelt hat sich verändert: In Zeiten von Handys, iPhones und BlackBerrys ist jeder überall erreichbar. Arbeitsplätze sind nicht mehr sicher und Umstrukturierungen in Unternehmen führen zu immer neuen Zuständigkeiten und Teamzusammensetzungen. Leiharbeiter kommen und gehen, und weder sie noch die Kollegen haben Sicherheit, wie lange sie an ihrem jeweiligen Arbeitsplatz beschäftigt werden. Viele Aufgaben müssen unter hohem Zeitdruck erledigt werden und die Führung erfolgt immer häufiger über Zielvorgaben, die dem Mitarbeiter viel Eigenverantwortung und Selbstständigkeit abverlangen.

Die Anforderungen, Erwartungen und Beanspruchungen am Arbeitsplatz sind enorm, insbesondere das hohe Arbeitstempo macht vielen zu schaffen. „Im-Stress-sein“ ist für viele Beschäftigte heutzutage ein Normalzustand, wer entspannt und ohne Druck durchs Leben geht, gehört eher zur Minderheit. Dabei spielt nicht nur der berufliche, sondern auch zunehmender privater Stress eine Rolle. Kein Wunder also, dass sich die Mitarbeiter belastet fühlen und die psychisch bedingten Ausfälle einen immer größeren Anteil an allen AU-Tagen einnehmen. Während die Krankheitstage für körperlich bedingte Erkrankungen rückläufig sind, gibt es bei den psychischen Erkrankungen einen umgekehrten Trend.

Diesen Trend beobachten Experten mit Sorge. Die Förderung der psychischen Gesundheit steht daher verstärkt auf der Agenda der Personalverantwortlichen. Den Unternehmen wird der Handlungsbedarf deutlich bewusst – die vielen Arbeitsunfähigkeitstage gehen mit einem beträchtlichen Produktivitätsausfall einher. Zunehmend sind auch Führungskräfte ganz konkret mit dem Thema psychische Gesundheit konfrontiert: Denn im Rahmen ihrer Führungsaufgaben sind sie für ihre Mitarbeiter verantwortlich und

erste Ansprechpartner – auch bei psychischen Problemen:

Beispiel 1

Herr S. ist in einem großen Unternehmen im Bereich des Einkaufs tätig. In seiner Verantwortung liegt vor allem die Betreuung von Ausschreibungen und abschließenden Preisverhandlungen. Herrn S. zeichnet ein sehr gutes Gespür für Entwicklungstrends und die daraus resultierenden Chancen und Risiken aus. Er kann gut einschätzen, welchen Spielraum die Zulieferer bei ihren Preisen haben und erreicht gute Verhandlungsergebnisse.

Vor etwa zwei Jahren wurden aufgrund von internen Umstrukturierungsmaßnahmen Arbeitsbereiche zusammengelegt, Teams neu gebildet und Arbeitsabläufe optimiert. Herr S. wurde vom Einkauf in den Vertrieb versetzt. Seine Aufgaben haben sich inhaltlich dahingehend verändert, dass er nun viel Zeit mit der Pflege von Kundenkontakten verbringt und den Kunden den Nutzen der neu entwickelten Produkte näher bringen soll. Preisverhandlungen spielen in diesem Bereich eine viel kleinere Rolle als an seinem alten Arbeitsplatz. Anfangs war Herr S. noch kritisch und unsicher, ob er seinen neuen Aufgaben, auch im Hinblick auf seine Qualifikation, gewachsen ist. Allerdings gilt diese Abteilung auch als eine gute Basis für eine rasche Karriere im Unternehmen. Da Herr S. sehr leistungsorientiert und engagiert ist, arbeitet er sich schnell in seine neuen Aufgaben ein und will sein Können beweisen.

Erste erfolgreiche Verkäufe motivieren ihn weiter, sodass er immer mehr Zeit und Energien investiert. Voller Enthusiasmus widmet er sich seiner Arbeit. Allmählich entwickelt Herr S. Gefühle der Unentbehrlichkeit und vernachlässigt eigene Bedürfnisse. So verzichtet er zunehmend auf das gemeinsame

Fußballspiel mit den alten Studienfreunden am Donnerstagabend und auch die Familie sieht ihn immer seltener. Seine Überstunden steigen kontinuierlich an, denn statt bis 18.30 Uhr bleibt er immer öfter immer länger am Schreibtisch und ist auch samstags gelegentlich im Büro anzutreffen.

Auch mit den Kollegen findet nur wenig Austausch statt, seitdem Herr S. sich nicht mehr das Büro mit einem anderen Mitarbeiter teilt. Früher hatte Herr S. hier einen guten Kontakt und wurde häufig um Rat gefragt. Mit seinen „neuen“ Kollegen ist er jedoch auch nach zwei Jahren in dieser Abteilung noch nicht vertraut. Zum Mittagessen in die Kantine geht Herr S. nur sehr selten mit, stattdessen nimmt er in seinem Büro vor dem Computer eine Kleinigkeit zu sich. An manchen Tagen entfällt selbst dies. Den immer mal wieder auftretenden Schwindel, der ihn plötzlich überkommt, schiebt er auf die Klimatisierung im neuen Büro.

Seit einiger Zeit ist Herr S. oft nicht richtig bei der Sache und hat Schwierigkeiten, sich über längere Zeit zu konzentrieren. Er hat das Gefühl, den Ansprüchen nicht gerecht werden zu können und fühlt sich hilflos. Der sonst eher ausgeglichene Herr S. ist schnell reizbar, ungeduldig und unflexibel und reagiert auf Anfragen der Kunden genervt. Immer häufiger beschweren sie sich über sein Verhalten. Seine Stimmung ist stark niedergedrückt und Herr S. empfindet kaum noch Freude an Dingen, die er früher gerne gemacht hat. Häufig kann er nach einem langen Arbeitstag nicht einschlafen. Stattdessen liegt er wach und grübelt. Er fühlt sich erschöpft und hat kaum Appetit.

Sein Vorgesetzter Herr T. bemerkt, dass sich Herr S. seit einiger Zeit verändert hat. Er beobachtet, dass Herr S. entgegen seinen sonstigen Gewohnheiten morgens erst spät im Büro erscheint

und häufig sehr unkonzentriert wirkt. Dies äußert sich jetzt auch an den Arbeitsergebnissen; diese werden nicht mehr zuverlässig abgeliefert, sondern sind häufig lückenhaft. Es entsteht zudem der Eindruck, dass sich Herr S. zunehmend in Details verliert, was nichts mehr mit der geschätzten Gründlichkeit zu tun hat. Herr T. beobachtet, dass sein Mitarbeiter Herr S. sehr ernst und verschlossen wirkt. Herr T. nimmt sich vor, Herrn S. bald darauf anzusprechen ...

Beispiel 2

Frau M. ist Bürokauffrau in einem mittelständischen Unternehmen. Zu ihren Aufgaben gehört es, dafür zu sorgen, dass Vorgänge nacheinander von verschiedenen Abteilungen bearbeitet werden. Im Anschluss muss sie die Akten nach der Bearbeitung im Keller des Bürohauses archivieren. Frau M. ist ein eher gemüthlicher Typ, arbeitet aber sehr zuverlässig und hat einen guten Überblick – darauf kommt es an in ihrem Job. Sie hat für die Sorgen der Kollegen immer ein offenes Ohr und gilt als die „gute Seele“ im Betrieb.

Vor einigen Monaten wurde ihre Firma von einem Konkurrenten übernommen. Zunächst herrschte sehr viel Unruhe unter den Beschäftigten, die befürchteten, ihre Arbeitsplätze zu verlieren. Auch Frau M. machte sich große Sorgen und die Kollegen trafen sich häufig in ihrem Büro, um die neuesten Nachrichten auszutauschen. Inzwischen sind die neuen Besitzverhältnisse zur Gewohnheit geworden und der Arbeitsalltag hat sich wieder normalisiert. Lediglich einige Leiharbeitskräfte mussten gehen, die Stammbesetzung der Firma wurde komplett vom neuen Besitzer der Firma übernommen. Seit einiger Zeit wirkt Frau M. jedoch beunruhigt. Sie verhält sich nervös und scheint ihr Gespür für die Stimmung in der Firma völlig verloren zu haben. Für ein Gespräch ist sie kaum noch zu haben und

zum Mittagessen in der Kantine gegenüber geht Frau M. auch nicht mehr mit. Kommt eine Kollegin ohne anzuklopfen in das Büro, so reagiert sie häufig gereizt und unfreundlich. Frau M. verlässt ihren Arbeitsplatz immer seltener. In ihrem Büro ist das Fenster selbst im Winter geöffnet. Gegenüber ihrer Kollegin Frau K. begründet Frau M. dies einmal damit, dass sie das Gefühl habe, sehr schlecht Luft zu bekommen. Frau M. scheut jede körperliche Anstrengung, sie nutzt nun auch für kleine Strecken den Aufzug und trägt nicht mehr wie früher große Aktenberge über den Flur. Stattdessen bittet sie immer wieder einzelne Kolleginnen, die auf dem Weg nach unten sind, einige Akten „mal schnell“ im Archiv abzulegen. Häufig fragt sie jemanden aus der Abteilung, ob er ihr beim Transport der Akten ins Archiv helfen könne und nennt unterschiedlichste Gründe für diese Bitte. Eine Zeit lang kommt Frau M. häufig später oder geht schon vor den Kollegen und begründet dies mit Arztterminen. Die Kollegen können sich dies nicht erklären, schließlich ist Frau M. nie krank gewesen und fehlt auch heute nur sehr selten.

Eines Tages trifft eine Kollegin Frau M. in Panik in ihrem Büro an. Sie ist kreidebleich und zittert stark. Schweiß steht ihr auf der Stirn und sie hat das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen. Noch bevor die Kollegin den Notarzt rufen kann, normalisiert sich der Zustand von Frau M. jedoch wieder. Sie bittet die Kollegin, Stillschweigen über den Vorfall zu bewahren – sie sei ja schon bei diversen Ärzten gewesen, diese hätten jedoch nur feststellen können, dass mit ihrem Herzkreislauf-System alles in Ordnung sei.

Die Kollegin ist unsicher, was sie tun soll. Einerseits hat sie das Gefühl, Frau M. zu nahe zu treten, wenn sie ihren Zustand öffentlich macht, und sie möchte Frau M. nicht in Schwierigkeiten bringen. Andererseits sieht sie, dass es so mit Frau M.

nicht weitergehen kann und macht sich Sorgen um sie. Sie entschließt sich, mit dem gemeinsamen Vorgesetzten über die Veränderungen von Frau M. zu sprechen. Dann soll dieser entscheiden, was passiert ...

Was tun in einer solchen Situation?! Für einen Experten weisen die oben genannten Verläufe darauf hin, dass bei den geschilderten Mitarbeitern ein Burn-out-Syndrom (Herr S.) bzw. eine Panikstörung (Frau M.) vorliegen könnten. Dies zu erkennen, ist jedoch die Aufgabe von Fachleuten (Therapeuten und Ärzten) und nicht die der Führungskräfte. Allerdings liegt es im Verantwortungsbereich der Führungskräfte, sensibel für Frühwarnsignale zu sein, diese wahrzunehmen und aktiv zu werden, indem der Mitarbeiter darauf angesprochen und Hilfe angeboten wird. Aufgrund des persönlichen und sensiblen Themas ist dies für viele Führungskräfte eine große Herausforderung. Angesichts der Tabuisierung von psychischen Erkrankungen ist der Umgang mit diesem Thema für viele relativ neu. Bislang gibt es noch wenig „Altbewährtes“ wie in anderen Themenfeldern des BGM, z.B. der Prävention von Rückenerkrankungen, sondern vieles entwickelt sich noch. Da das Thema Psyche nicht so greifbar wie z.B. ein Beinbruch ist, besteht sehr viel Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen. Zudem ist das Thema psychische Gesundheit sehr vielschichtig und die Gründe für Auffälligkeiten sind meist multifaktoriell. Daher treten noch viele Stolpersteine und Fragen auf dem Weg zu entsprechenden Gesundheitsprogrammen am Arbeitsplatz auf:

1. Warum aktiv werden? Psychische Erkrankungen von Mitarbeitern gehören nach wie vor zu den Tabuthemen innerhalb der Unternehmen und werden von Führungskräften oft als Privatangelegenheit abgetan und ignoriert. Im Vergleich zu körperlichen

Beschwerden werden sie häufig nicht als „vollwertige“ Krankheiten wahrgenommen. Gründe für dieses Verhalten sind häufig Vorurteile, Halbwissen und Stigmatisierungen. Es gilt, die Sensibilität für das Thema zu steigern und ein Bewusstsein für psychische Belastungen zu schaffen: Wahrnehmen statt Wegschauen muss an dieser Stelle verinnerlicht werden.

2. Was tun? Die Unternehmen möchten etwas unternehmen, wissen aber nicht was – Personalverantwortliche, die sich des Themas annehmen wollen, sind unsicher, wie ein eben-

so unaufdringlicher wie verantwortungsvoller Umgang mit einem betroffenen Mitarbeiter aussehen soll. Auch hinsichtlich der Früherkennung und Gegensteuerung von psychischen Belastungen sind viele (noch) ratlos. Verlässliche Informationen schaffen Sicherheit und ermutigen, das Thema offen anzugehen.

3. Wie anfangen? Die Unternehmen wissen, was sie unternehmen möchten, wissen aber nicht wie – ihnen fehlt das Knowhow bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. Sie wissen nicht, wie sie diese konkret durchfüh-

ren können, damit die Belegschaft profitiert. Sie sind sich im Unklaren, wie sie den Wissenstransfer in die Praxis gewährleisten. Hier sind konkrete Handreichungen und Materialien gefragt, die den Start in eine gelungene Maßnahme zur psychischen Gesundheit erleichtern.

Die Betriebskrankenkassen und die Team Gesundheit GmbH haben auf die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz reagiert und unterstützen Arbeitgeber und Beschäftigte mit verschiedenen Angeboten.

BGM-Online –

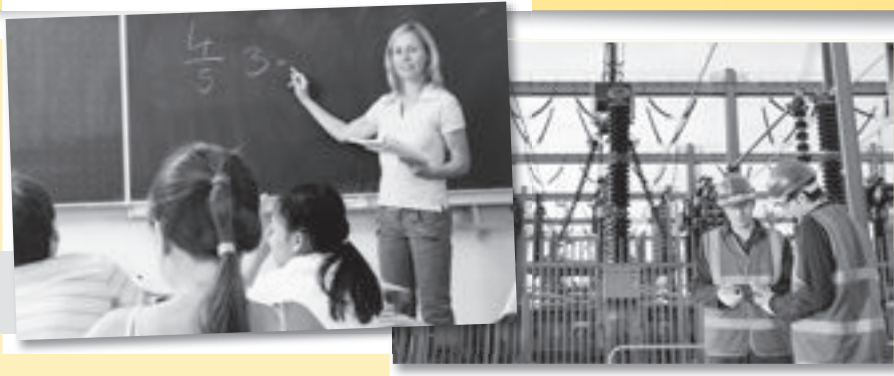
Das Arbeitgeberportal für betriebliches Gesundheitsmanagement

Immer mehr Unternehmen erkennen, dass ein gutes *betriebliches Gesundheitsmanagement* zu den Grundvoraussetzungen zählt, um sich langfristigen wirtschaftlichen Erfolg und Wettbewerbsfähigkeit zu sichern. **BGM-Online** richtet sich somit an die Verantwortlichen in Unternehmen, die BGM einführen und etablieren oder die ihr bestehendes Angebot ausbauen wollen. BGM-Online vermittelt einen schnellen Überblick über die wichtigsten Themen und Argumente, bei Bedarf kann auch auf weiterführende Informationen zugegriffen werden.

BGM-Online wird in Zukunft kontinuierlich weiterentwickelt und bietet somit stets den aktuellsten Wissensstand. Gegenwärtig bietet das Portal Information in den Rubriken *BGM Basics*, *Bewegung*, *Ernährung* und *Stress*. Dabei gehören zu jedem Themenfeld

- ein Einführungsartikel zur schnellen Übersicht,
- ein Selbsttest, der die aktuelle Positionierung des Unternehmens und Möglichkeiten zur Weiterentwicklung aufzeigt,
- ein Know-how-Bereich mit Hintergrundwissen: Worum geht es? Was nutzt es? Wie funktioniert es? Was brauche ich dafür?
- Praxishilfen und Instrumente (u.a. Faktenblätter, Präsentationen, Praxisbeispiele, Checklisten), die die praktische Umsetzung unterstützen.

Sie finden das zusammen mit der Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH entwickelte Portal über die Website einiger Betriebskrankenkassen oder unter www.bkk-bgm.de.



Tutemplo –

Die Toolbox zur Förderung psychischer Gesundheit im Unternehmen

Die Toolbox zur Förderung psychischer Gesundheit im Unternehmen wurde im Anschluss an ein Pilotprojekt entwickelt, das die Team Gesundheit GmbH in einer Kooperation mit dem BKK Landesverband Bayern, der BMW BKK sowie der SBK mit deren Trägerunternehmen durchgeführt hatte. Aus der Praxis für die Praxis ist so ein interaktives Handbuch entstanden, das sich an Gesundheitsförderer und Personalverantwortliche richtet. Tutemplo gibt einen Überblick über betriebliche Möglichkeiten zur Förderung psychischer Gesundheit und zeigt auf, wie sich vorhandene, gut evaluierte Instrumente konkret im Arbeitsalltag umsetzen lassen. So schließt das Handbuch eine Lücke zwischen Theorie und Praxis.

Die webbasierte CD-Rom enthält folgende Elemente:

- **Praxishandbuch:** Planung, Analyse, Maßnahmen und Evaluation für ein erfolgreiches Präventionsprojekt
- **Wissen:** gesammelte Informationen und Hintergründe zu den Themenfeldern Stress, Burn-out und psychische Erkrankungen
- **Tools:** Materialien und Hilfsmittel für die betriebliche Präventionsarbeit
- **Best Practice:** Vorstellung von Unternehmen, die bereits Erfahrungen mit Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit haben

Weitere Informationen und die Möglichkeit, die Toolbox zu bestellen, finden Sie auf www.tutemplo.de.

Projekt „psyGATransfer – Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt fördern“

Seit September 2009 leitet der BKK Bundesverband das vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderte und im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (inqa) durchgeführte Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt.

Entwickelt wurde zu Beginn ein **Qualitätskonzept**, das das Leitbild eines „gesunden Unternehmens“ entwirft: Wie sehen die Kriterien guter Praxis für die Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz aus? Die Qualität der Führung – sowohl des individuellen Führungsverhaltens als auch den strukturellen Rahmenbedingungen für eine mitarbeiterorientierte Führung – steht hier im Mittelpunkt.

(Wenn es konkret um die Förderung der psychischen Gesundheit geht, können sich Unternehmen grundsätzlich an den drei sich ergänzenden Handlungsfeldern orientieren und Maßnahmen ableiten, die die psychischen Belastungen verringern, begrenzen oder gänzlich vermeiden helfen [Belastungsoptimierung], die Ressourcen für die psychische Gesundheit stärken, mit denen psychisch belastete Beschäftigte und psychisch kranke Mitarbeiter im betrieblichen Alltag sowie in ihrer Versorgung und Wiedereingliederung unterstützt werden.)

Auf Basis des Kriterienmodells wurde ein **Selbsteinschätzungsinstrument** entwickelt, das den Praktiker dabei unterstützt, den IST-Stand seiner Organisation im Bereich der

Förderung psychischer Gesundheit einzuschätzen und daraus Anhaltspunkte für die Verbesserung der Praxis abzuleiten.

Unter dem Slogan „Kein Stress mit dem Stress“ geben weiterhin **Handlungshilfen für Führungskräfte und Beschäftigte** Orientierung für die Praxis.

Das Projekt setzt auf Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch zu erfolgreichen Vorgehensweisen der Förderung psychischer Gesundheit sowie auf Vernetzung der Akteure untereinander: Im Mittelpunkt steht die abgestimmte Durchführung dezentraler und zielgruppenspezifischer **Transfermaßnahmen** und Aktivitäten durch den BKK Bundesverband und seine 15 Kooperationspartner. Dabei werden insbesondere die existierenden Organisationsstrukturen des Deutschen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF – www.dnbgf.de) genutzt, diverse Veranstaltungen durchgeführt und Medien- und Öffentlichkeitsarbeit für das Thema betrieben. Ab Januar 2012 steht ein webgestütztes **Themen-Infoportal** zur Verfügung.

Team Gesundheit unterstützt die zentralen Entwicklungsaufgaben des Projektes (Broschüren, Webportal). Mehr Informationen zum Projekt sowie Downloadmöglichkeit der psyGA-Broschüren finden Sie auf der DNBGF-Website im Newsarchiv/psyga-transfer unter <http://www.dnbgf.de/newsarchiv/psyga-transfer.html#c1625> oder im Online-Shop auf www.bkk.de (Service/Infomaterial/Beruf).

Zeitarbeit gesund gestalten

Kai Seiler und Emanuel Beerheide

Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf

1. Hintergrund

Die rechtliche Liberalisierung der Zeitarbeit (Leiharbeit, Personalleasing) im Jahr 2003 durch das „Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ trug dazu bei, dass der Anteil dieser Beschäftigungsform systematisch angestiegen ist. Zwar umfasst Zeitarbeit im Vergleich zu anderen atypischen Beschäftigungsformen wie befristete Beschäftigung, geringfügige Beschäftigung und Teilzeitarbeit noch ein relativ kleines Segment des Arbeitsmarktes, der Anteil der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Zeitarbeit an allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ist aber von April 2004 bis April 2011 von 1,2 % auf 2,7 % angestiegen (Bundesagentur für Arbeit 2011, S. 12). Der Einsatz von Zeitarbeit ist dabei stark konjunkturabhängig: Nach einer erheblichen Zunahme bis zur ersten Jahreshälfte 2008 erfolgte im Zeitraum 2008/2009 eine deutliche Abnahme, woraufhin bereits im Herbst 2010 ein neuer Höchststand von ca. 900.000 Zeitarbeitnehmern und Zeitarbeitnehmerinnen erreicht wurde (IW-Zeitarbeitsindex 2011). Der Anstieg der Leiharbeit in den letzten Jahren geht überwiegend auf die Tätigkeitsfelder Dienstleistungen und Hilfstätigkeiten zurück.

Eine differenzierte Betrachtung der Zeitarbeit zeigt, dass die Gruppe der Zeitarbeitnehmer/-innen eine besondere Zusammensetzung aufweist: Der Anteil der Geringqualifizierten in der Zeitarbeit ist vergleichsweise hoch, mehr als ein Drittel der Beschäftigten in der Zeitarbeit verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung und übt sogenannte Helfertätigkeiten aus. Nach wie vor

stellen Männer fast drei Viertel aller Zeitarbeitenden: 72 % der Leiharbeitnehmer sind nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit (2011) männlich. Der Frauenanteil ist gering und liegt bei ca. 28 % – trotz eines Anstiegs in den letzten Jahren. Grob vereinfacht könnte man einen „typischen“ Zeitarbeitnehmer als jung, männlich und vornehmlich im gewerblichen Bereich tätigen Beschäftigten charakterisieren.

Aber die Gruppe unterscheidet sich nicht nur hinsichtlich der strukturellen Merkmale, sondern auch in den Gründen für die Aufnahme von Zeitarbeit: Zum einen ist diese Beschäftigungsform für viele Arbeitssuchende die „letzte Option“ für ein gesichertes Einkommen, dient aber zum anderen auch als eine Einstiegsoption für Berufsanfänger in den Arbeitsmarkt, als „Übergangslösung“ bis zu einer Festanstellung, und kann als Phase zum Sammeln von Erfahrungen in unterschiedlichen Unternehmen genutzt werden. Das individuelle Empfinden der nachfolgend beschriebenen Risiken, die sich aus der Zeitarbeit ergeben können, kann sich bei diesen Gruppen – bedingt durch unterschiedlichste Lebenssituationen – insofern deutlich unterscheiden.

2. Chancen und Risiken

Zeitarbeit kann für bestimmte Personen, die arbeitslos sind, ein geeigneter Wiedereinstieg in die berufliche Praxis sein. Häufig wird argumentiert, dass die gesundheitlichen Folgen im Zusammenhang mit (langfristiger) Arbeitslosigkeit sich weitaus negativer entwickeln können, als es bei prekärer Arbeit der Fall ist. Jedoch ist dies ein unzulässiger

Vergleich, der insbesondere bei der Diskussion über die Zumutbarkeit von Arbeit unangemessen bemüht wird.

Der erhoffte „Klebeeffekt“, der Einstieg in ein sogenanntes Normalarbeitsverhältnis (NAV) nach einer zeitlich begrenzten Phase in Leiharbeit, ist zwar höher als bei anderen atypischen Beschäftigungsformen (17 % können innerhalb der Referenzgruppe atypische Beschäftigte in ein NAV einsteigen), das Risiko von Leiharbeitnehmern, nach dem Verlust des Arbeitsplatzes wieder in ein unsicheres Beschäftigungsverhältnis einzutreten, ist jedoch überproportional hoch (Gensicke et al. 2010).

Insgesamt ist die Branche Zeitarbeit von hoher Dynamik geprägt: 2010 wurden 1,13 Mio. Zeitarbeitsverhältnisse neu abgeschlossen und 1,09 Mio. Beschäftigungsverhältnisse beendet. Diese hohe Dynamik impliziert für die Beschäftigten ein überdurchschnittlich hohes Entlassungsrisiko (Bundesagentur für Arbeit 2011). Zeitarbeit dient seit langem nicht mehr ausschließlich dazu, kurzfristige Produktionsspitzen oder Personalausfall auszugleichen, sondern wird in vielen Betrieben zu einem etablierten Bestandteil des Personalmanagements. Die Dauer der Zeitarbeitsverhältnisse ist dabei meist recht kurz, rund die Hälfte dauert zwischen einer Woche und drei Monaten, ein Fünftel sogar unter einer Woche (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2006).

Die erzielten mittleren Bruttoarbeitsentgelte in der Zeitarbeit liegen unter den mittleren Entgelten im Durchschnitt aller Branchen (Bundesagentur

für Arbeit 2011). Dies kann langfristig zu einem erhöhten Armutsrisiko für diese Beschäftigtengruppe führen. Der Zusammenhang von Armut und ungünstigen Gesundheitsfolgen ist vielfach aufgezeigt worden (vgl. Marmot/Richard 1999). Darüber hinaus hat gerade die Gruppe der Zeitarbeitenden ohne Berufsausbildung – bzw. in schwierigen Lebenssituationen – vergleichsweise geringe Chancen auf eine Verbesserung ihrer Qualifikation und damit auf einen festen Arbeitsplatz. Hier treffen somit bildungsferne Orientierungen mit den entsprechend problematischen Verhaltensmustern (Suchtmittelkonsum, geringe Inanspruchnahme von Vorsorge) auf eine fehlende Planbarkeit der eigenen Berufsbiographie und ein erhöhtes Armutsrisiko. Diese Konstellation wird als psychisch extrem belastend erlebt und legt eine Problemsicht nahe, in der angesichts existenzieller Unsicherheiten, Aspekte des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsprävention als weniger prioritär eingestuft werden (Seiler/Splittgerber 2010).

Diese Faktoren können sich negativ auf die Sicherung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit auswirken, die maßgeblich durch kontinuierlichen Kompetenzerhalt und -erwerb, die Erhaltung der Gesundheit und von günstigen betrieblichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gefördert wird. Dies ist insbesondere eine Herausforderung in Bereichen, in denen die Halbwertszeit von Fach- und Erfahrungswissen ständig abnimmt. Zwar betonen Leiharbeitsunternehmen, dass sich wechselnde Tätigkeiten und unterschiedliche betriebliche Settings auch positiv auf das Erfah-

rungswissen der Zeitarbeitnehmer/-innen auswirken können, statistisch lässt sich jedoch zeigen, dass die Nutzung von formellen Bildungsangeboten im Rahmen der Zeitarbeit davon abhängt, wie hoch die speziellen beruflichen Qualifikationsanforderungen sind, und sich die Qualifizierungsmöglichkeiten zumeist auf den direkten Bedarf am Arbeitsplatz beschränken (Strüßmann 2009). Die Möglichkeiten zum „Lernen bei der Arbeit“ sind somit stark abhängig vom Qualifikationsniveau und vom Typ des Zeitarbeitnehmers (Berufseinsteiger oder Berufserfahrener; Münchhausen 2006, S. 51).

Ausgrenzungseffekte durch Stammbesellschaften sind ein weiteres Risiko, auf das z.B. Hermet (2009) hinweist. Ihren Recherchen auf der Grundlage sozialpsychologischer Theorien zufolge ist es für diejenigen, die nicht in einem „Normalarbeitsverhältnis“ stehen, schwerer, vertrauensvolle und kooperative Beziehungen zur Stammbesellschaft zu entwickeln. Das ist insofern ungünstig, als soziale Kontakte in solchen Fällen nicht als Bewältigungsressource für andere arbeitsbedingte Belastungen nutzbar sind, sondern selbst als Belastungsfaktor wirken können.

3. Gesundheitsbelastung bei der Zeitarbeit

Die Rahmenbedingungen und das Belastungsgefüge, denen Beschäftigte in der Zeitarbeit ausgesetzt sind, unterscheiden sich teils deutlich von denen der Stammbesellschaften. Die Belastungen und Gefährdungen an ihren Arbeitsplätzen sind höher und demzufolge

sind sie auch mit höheren gesundheitlichen Risiken konfrontiert. Die Ergebnisse der Erwerbstätigenbefragung der BIBB/BAuA aus dem Jahr 2006 verdeutlichen dieses Problem: Demnach werden von den befragten Zeitarbeitern überwiegend körperlich schwere Tätigkeiten verrichtet mit teilweisen einseitigen physischen Belastungen. Ferner leiden sie unter schlechten Umgebungsbedingungen am Arbeitsplatz, sind z.B. zu 60% Lärm ausgesetzt. Auch andere Befragungsdaten zur Situation von Zeitarbeitnehmer/-innen verdeutlichen die Problematik wie der TK-Gesundheitsreport 2009:

- Mit durchschnittlich 14,7 Fehltagen im Jahr 2008 sind Beschäftigte in Zeitarbeit vier Tage länger krankgeschrieben als Beschäftigte in anderen Branchen (vor allem wegen Muskel-/Skelett- und Atemwegserkrankungen sowie psychischer Beschwerden).
- Als besonders belastend empfinden die Befragten dieser Studie eine hohe Arbeitsplatzunsicherheit, ihre Einkommenssituation, die Diskrepanz zwischen ihrer Qualifikation und der ausgeübten Tätigkeit sowie die fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten.
- 74% der Beschäftigten in der Zeitarbeitsbranche gaben an, dass ihr Einkommen „überhaupt nicht“ oder „kaum“ den eigenen Vorstellungen entspräche.
- Bezüglich ihrer Entwicklungsmöglichkeiten empfinden 62% diese als nicht ihren Vorstellungen angemessen.
- 51% sehen Arbeitsplatzsicherheit als „überhaupt nicht“ oder nur „kaum“ vorhanden. (Techniker Krankenkasse 2009)

Als Folgen solcher speziellen Belastungen werden von Zeitarbeitnehmer/-innen daher vielfach psychische Auswirkungen wie Schlafstörungen und Stimmungsschwankungen sowie Beschwerden im Muskel-Skelett-Bereich benannt, wie die Befragung von 180 Zeitarbeitnehmer/-innen durch das LIGA.NRW und die START Zeitarbeit NRW zeigt (s. Abbildung 1).

Die Arbeitsbelastungen, in Kombination mit fehlender Sicherheit und geringer Planbarkeit der eigenen Lebens- und Arbeitssituation, gehen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko einher. Sie

können Auslöser sogenannter Gratifikationskrisen sein, in denen eine Person ein Ungleichgewicht zwischen dem eigenen Engagement und der eigenen Leistung erlebt, das nicht durch eine entsprechende Gegenleistung (Entlohnung, Arbeitsplatzsicherheit, Chancen) angemessen kompensiert wird.

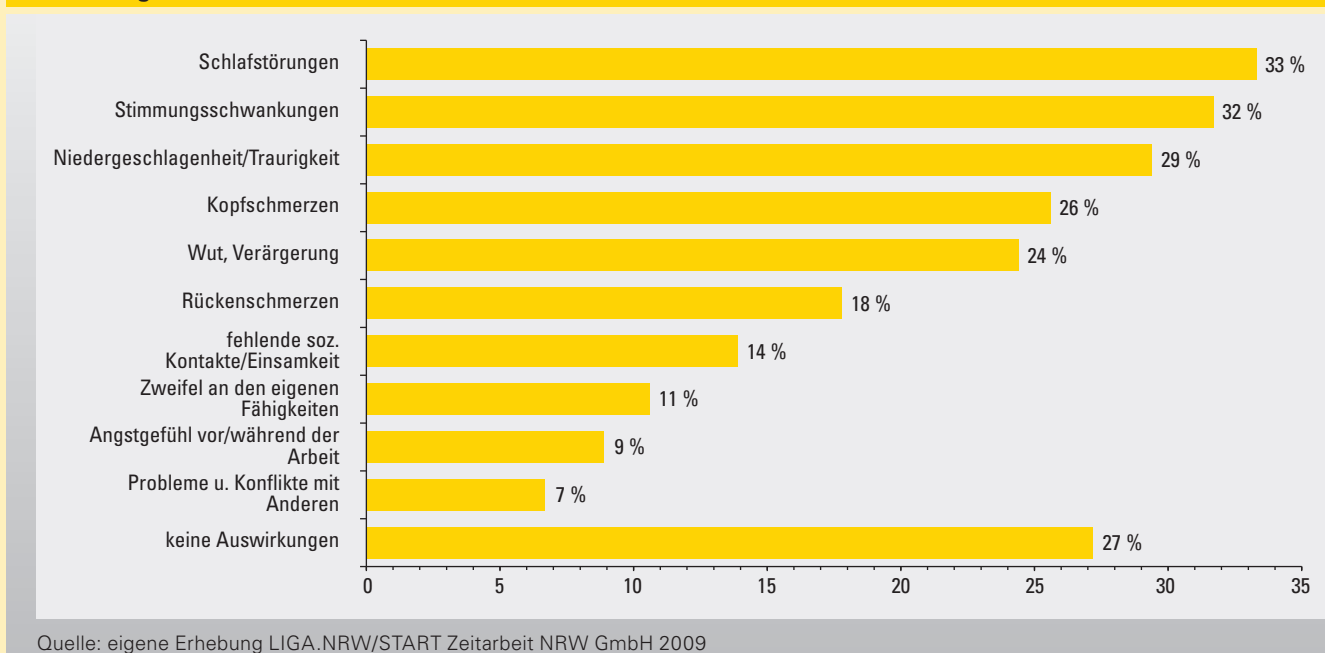
Ferner konnten in den Projekten GEZA und GRAZIL Befragungsergebnisse gewonnen werden, die teils die ungünstigen Arbeitsverhältnisse und Belastungskonstellationen aufzeigen, aber auch Entwicklungsperspektiven und Gestaltungsansätze aufzeigen (s.u.).

4. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Rahmen der Zeitarbeit

Aufgrund der geschilderten Besonderheiten der Zeitarbeit müssen sich die Entleihbetriebe mit strukturell recht komplexen Situationen auseinandersetzen, um zumindest ein Basisniveau der Sicherheit und Gesundheit auch an diesen Arbeitsplätzen zu gewährleisten. Die betriebliche Aufbau- und Ablauforganisation sind meist nur unzureichend auf die Bedürfnisse von Zeitarbeitsbeschäftigten vorbereitet. Zudem ist ein großer Teil der Verleihbetriebe kleinbetrieblich

Abbildung 1

Auswirkungen auf die Gesundheit von Zeitarbeitnehmer/-innen





strukturiert – diese Betriebe tun sich oftmals schwer mit der rechtssicheren Steuerung dieser komplexen Prozesse (s. auch Sczesny 2008). Das bestehende Dreiecksverhältnis zwischen Verleiher, Entleiher und Zeitarbeitnehmer/-in stellt den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz insofern vor eine besondere Herausforderung, da sich die arbeitschutzrechtlichen Verantwortungsbereiche in diesem Verhältnis nur schwer abgrenzen und kommunizieren lassen. Diese Problemkonstellation verschärft sich in wirtschaftlich angespannten Zeiten, in denen aufgrund einer knappen Auftragslage die Disponentinnen jeden Auftrag annehmen (müssen) und eigenen Aussagen zufolge der Kundenakquise den Vorrang vor einer „sicheren“, d.h. gesundheitsgerechten Auftragsabwicklung einräumen müssen. Ebenfalls wirtschaftlichen Rationalitätserwägungen geschuldet ist das Problem, dass es gerade bei kurzen Einsätzen der Zeitarbeitenden der immanenten ökonomischen Planungslogik des Entleihers widerspricht, Zeit und Kapazitäten des eigenen Personals für die Einarbeitung, Unterweisung und Integration der Zeitarbeitenden zu „investieren“.

Für die Leih- und Entleihbetriebe besteht einerseits ein besonderer Kooperationsaufwand beim Einsatz von Zeitarbeit in der Ermittlung der Gefährdung, dem Festlegen geeigneter Maßnahmen, dem Bestimmen der Anforderungen an die Eignung des Arbeitnehmers sowie dem Austausch von sicherheitstechnischen und gesundheitsrelevanten Informationen zwischen den Akteuren. Für die Zeitarbeitnehmer/-innen führen andererseits kurze Einsätze in unterschiedlichsten

Unternehmen, wechselnde Arbeitsanforderungen, veränderte Arbeitsabläufe und unterschiedliche Unternehmenskulturen zu hohen Flexibilitätsanforderungen und fehlender sozialer Integration. In der Kombination mit fehlenden Ansprechpartner/-innen und dem unzureichendem Wissen über Zuständigkeiten sowie Rechte und Pflichten des Zeitarbeitnehmers können damit sowohl Belastungen psychischer Art als auch ein erhöhtes Unfallrisiko verbunden sein.

Der Entleihbetrieb muss ergänzende Arbeitsschutzmaßnahmen bereitstellen, die unmittelbar aus der Tätigkeit bzw. der Umgebung resultieren. Voraussetzung dafür ist ein insgesamt gutes Arbeitsschutzniveau mit einer angemessenen innerbetrieblichen Arbeitsschutzorganisation und aktuellen Beurteilungen der Gefährdungen. Neben der Sicherstellung einer guten Kommunikation mit dem Verleihbetrieb sollten Maßnahmen ergriffen werden, die die Integration der Zeitarbeitenden in den Entleihbetrieb erleichtern. So sollte ihnen die Möglichkeit zur Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gegeben werden, Ansprechpartner/-innen oder Mentor(inn)en benannt und die Nutzung betrieblicher Sozialeinrichtungen ermöglicht werden. Auch der Betriebsrat sollte in diese Aktivitäten einbezogen werden bzw. kann seinerseits entsprechende Konzepte der Integration von Zeitarbeitenden erarbeiten.

Problematisch kann sich zudem eine mangelnde Passung zwischen der Qualifikation der Zeitarbeitnehmer/-innen und den Anforderungen, die sich aus der Tätigkeit ergeben, auswirken. Re-

gelmäßige, ausführliche und eindeutige Arbeitsplatz- und Aufgabenbeschreibung sowie regelmäßige Wiederholungsunterweisung und -arbeitsplatzbesichtigung können dieser Problematik entgegenwirken (Seiler/Splittgerber 2010).

Betriebliche Ansatzpunkte im Verleihbetrieb

Der Verleihbetrieb als Arbeitgeber trägt in erster Linie die Verantwortung für die Sicherheit und Gesundheit an den Arbeitsplätzen, an denen „seine“ Zeitarbeiter/-innen tätig sind:

- Im Rahmen seiner Fürsorgepflicht hat er für eine entsprechende Qualifizierung seiner Disponent(inn)en zu sorgen, die im Prozess der Überlassung die Voraussetzungen für einen guten Arbeitsschutz mit gestalten.
- Das Aufgabenfeld und der Handlungsspielraum der Disponenten muss entsprechend bemessen sein und die systematische Begehung der Arbeitsplätze beim Kunden sowie den Abschluss von Arbeitsschutzvereinbarungen umfassen.
- Regelmäßige Rücksprachen und Gespräche mit den Beschäftigten schaffen eine Dialogkultur, eine höhere Bindung an das Unternehmen und dienen der Weitergabe arbeitsplatzrelevanter Informationen.
- Gerade wirtschaftlich schwierige Zeiten sollten seitens des Verleihbetriebs für Gesundheitsförderungs- und Qualifizierungsmaßnahmen genutzt werden, denn sie verbessern nicht zuletzt die Marktposition bei wieder steigender Nachfrage nach Fachkräften (Seiler/Splittgerber 2010).

Institutionelle und überbetriebliche Handlungsfelder

Zunächst gilt es, die Sensibilisierung der relevanten Akteure für die strukturellen Schwierigkeiten der Zeitarbeitenden voranzutreiben. Generell muss leider festgestellt werden, dass die Unterstützungsangebote sowie das aktive Interesse der klassischen Institutionen (Sozialversicherungen, Arbeitsvermittlung, staatliche Stellen etc.) noch ausbaufähig sind – insbesondere, was überbetriebliche Ansätze für sogenannte prekär Beschäftigte betrifft; denn gerade diese sind durch kurzfristigere Unternehmenszugehörigkeiten geprägt und eignen sich daher nur bedingt für das Setting der „klassischen“ betrieblichen Gesundheitsförderung. Regionale Kompetenzzentren, die niederschwellig erreichbar sind und ein Servicetelefon sowie spezielle Beratungsangebote vorhalten, könnten hier Lösungen bieten, die derzeit auf betrieblicher Ebene nicht realisierbar erscheinen. Konkret bedeutet dies z.B. auch, das Kursangebot der Krankenkassen um passgenaue Angebote für prekär Beschäftigte zu ergänzen, indem unter Bezugnahme auf einen speziellen Setting-Ansatz der Transfer zu dieser Zielgruppe verbessert wird. Das erfordert jedoch zusätzliche Kooperationsaktivitäten seitens der Krankenkassen, Verbände, Kammern, Sozialpartner – nicht nur hinsichtlich der finanziellen Trägerschaft. Hierzu gibt es erste Ansätze wie z.B. im Projekt „Gesundheitsförderung in der Zeitarbeit“, das vom LIGA.NRW mit der START Zeitarbeit NRW GmbH und weiteren Partnern aus Wissenschaft und Sozialversicherungen durchgeführt wurde (www.start-nrw.de).

Auch das Unterstützungsangebot der Verbände wäre weiter auszubauen, in-

dem beispielsweise die Integration von BGM-Aspekten in die Berufsausbildung der Disponenten intensiviert wird.

Ferner sollten ebenso die Strukturen der Arbeitsmarktintegration in der Lage sein, das Thema Gesundheit verstärkt durch geeignete Fördermaßnahmen und Instrumente aufzugreifen (vgl. Seiler 2009). Die Handlungskompetenz an der Schnittstelle der Arbeitsmarktintegration zu kommunalen Trägern sollte für eine geeignete Gesundheitsförderung erhöht und (auch finanzielle) Ressourcen dafür bereitgestellt bzw. erhöht werden.

5. Fazit und Ausblick

Wir gehen nach unseren Erfahrungen davon aus, dass – bei allen Schwierigkeiten – Zeitarbeit prinzipiell in einem gesundheitszuträglichen Sinne gestaltbar ist. Jedoch sind die Barrieren auf diesem Weg teilweise enorm und strukturell begründet. Daher bedarf der Umgang mit dem Phänomen Zeitarbeit mit Blick auf die sozial- und gesundheitsbezogenen Aspekte einer fortlaufenden grundsätzlichen Reflektion. Dies gilt insbesondere für die Umsetzung und Evaluation von überbetrieblichen Maßnahmen zum Gesundheitsschutz bei der Zeitarbeit, wo noch Forschungsbedarf besteht.

Die sozialen Risiken, wie Einkommenshöhe, Beschäftigungsstabilität, Beschäftigungsfähigkeit und Integration in die sozialen Sicherungssysteme, die in der Regel mit dieser Beschäftigungsform verbunden sind, müssen ernst genommen und ihnen auf der institutionellen, betrieblichen und individuellen Ebene begegnet werden. Wenn all diese Voraussetzungen beachtet werden, kann

Zeitarbeit für alle Beteiligten ein Instrument sein, um einerseits kurzfristige Flexibilität in wirtschaftlich dynamischen Zeiten zu gewährleisten und andererseits Personen die Gelegenheit zu geben, sich neue Chancen am Arbeitsmarkt zu erschließen.

Da es in Zukunft verstärkt darum gehen muss, die Beschäftigungsfähigkeit der Gesellschaft zu erhalten und zu fördern, sollte dies jedoch nicht einseitig als die Anpassung von erwerbsfähigen Personen an Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes verstanden werden. Vielmehr muss bei der Konzeption von Maßnahmen ein umfassender Begriff von Beschäftigungsfähigkeit herangezogen werden, der auch die Interaktion zwischen persönlichen Voraussetzungen und gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt. Eine solche Perspektive geht über die Erwerbsarbeit hinaus und fokussiert in gleicher Weise die Lebenswelt unterschiedlicher Beschäftigtengruppen. Nur so können systematische Benachteiligungen bestimmter Gruppen – wie z.B. Frauen, Migrant(inn)en, gering Qualifizierte – dauerhaft überwunden werden (vgl. Lehmann/Seiler 2009).

Weiterführende praxistaugliche Handlungshilfen und Umsetzungsstrategien zum Thema Gesundheitsförderung in der Zeitarbeit finden Sie in „LIGA.Praxis 5 „Gesundheitsförderung in der Zeitarbeit. Argumente und Umsetzungsstrategien“ (http://www.liga.nrw.de/_media/pdf/liga-praxis/liga_praxis_05_Gesundheitsfoerderung_Zeitarbeit.pdf) sowie auf den Projektseiten GRAZIL (<http://www.grazil.net/>) und GEZA (<http://www.gesunde-zeitarbeit.de>).

Literatur

- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (BA), Arbeitsmarktberichterstattung (2011): Der Arbeitsmarkt in Deutschland, Zeitarbeit in Deutschland – Aktuelle Entwicklungen. Nürnberg
- BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (BIBB)/BUNDESANSTALT FÜR ARBEITS-SCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN (BAuA) (2006): Erwerbstätigenbefragung 2006 – Arbeit und Beruf im Wandel, Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen. Essen
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (BMAS) (2006): Aktueller Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufs-krankheitengeschehen. Dortmund
- GENSICKE, M. ET AL. (2010): Einmal atypisch, immer atypisch beschäftigt? Mobilitätsprozesse atypischer und normaler Arbeitsverhältnisse im Vergleich. In: WSI-Mitteilungen 04/2010, S. 179–187
- HERMET, V. (2009): Zur Notwendigkeit der Integration von geringfügig Beschäftigten in die Stammebelegschaft – Auswirkungen auf die Kooperationsbereitschaft der Stamm- und geringfügig Beschäftigten im Einzelhandel. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hg.): Arbeit, Beschäftigungsfähigkeit und Produktivität im 21. Jahrhundert. Tagungsband zum 55. Kongress der GfA. Dortmund, S. 345–348
- IW-ZEITARBEITSINDEX (2011): BAP-Umfrage Mai 2011 (Welle 44) – IW-Fortschreibung. http://www.bza.de/fileadmin/bilder/2011/BAP-Bericht_Welle_44_20110613.pdf [Internet; abgerufen am 05.08.2011]
- LEHMANN, E./SEILER, K. (2009): Welcher Forschungsbedarf leitet sich aus den vorliegenden arbeitsbezogenen politischen Konzeptionen ab? In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Hg.): Arbeit, Beschäftigungsfähigkeit und Produktivität im 21. Jahrhundert. Tagungsband zum 55. Kongress der GfA. Dortmund, S. 767–771
- MARMOT, M./RICHARD, W. (Eds.) (1999): Social Determinants of Health. Oxford
- MÜNCHHAUSEN, G. (2006): Förderung der Kompetenzentwicklung in der Zeitarbeit. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWPr) 2/2006, S. 47–51
- SCZESNY, C. (2008): Zeitarbeit – neue Herausforderungen für den Arbeitsschutz. Ergebnisse der Machbarkeitsstudie. <http://www.grazil.net/extensions/bibliothek/Dokumente/Praesentation%20Sczesny%20Zeitarbeit%2004-12-08.pdf> [Internet; abgerufen am 05.08.2011]
- SEIFERT, H./KELLER, B. (2011): Atypische Beschäftigungsverhältnisse. Stand und Lücken der aktuellen Diskussion. In: WSI-Mitteilungen 03/2011, S. 138–145
- SEILER, K. (2009): Die Bedeutung von Beschäftigungsfähigkeit für die arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. In: Holleeder, A. (Hg.): Gesundheit von Arbeitslosen fördern! Frankfurt am Main
- SEILER, K./SPLITTGERBER, B. (2010): Ein strukturelles Problem? Herausforderungen der Gesundheitsförderung für prekär Beschäftigte. In: Faller, G. (Hg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, S. 266–274
- STRÜßMANN, B. (2009): Zeitarbeit in Bremen. In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hg.): Zeitarbeit in Bremen. Bremen, S. 1–92
- TECHNIKER KRANKENKASSE (Hg.) (2009): Gesundheitsreport 2009. Veröffentlichungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK; Band 21. Hamburg

Entschleunigung

Andreas Krause und Andrea Deufel

Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Angewandte Psychologie, Institut Mensch in komplexen Systemen

Beschleunigung betrifft uns alle, in der Arbeitswelt und auch im Privatleben. Der Soziologe Hartmut Rosa aus Jena hat aufgezeigt, dass technische Innovationen zwar bedeutsam sind – wir können überall in der Welt und rund um die Uhr E-Mails versenden und abrufen, sind per Blackberry stets erreichbar, Lieferschiffe können riesige Mengen an Containern preiswert weltweit transportieren usw. – doch im Kern müssen wir die Veränderung als *soziale Beschleunigung* verstehen. Es geht um gegenseitige Erwartungshaltungen (z.B. Wie rasch muss auf E-Mails geantwortet werden?), die Orientierung am Wettbewerb (nicht nur in der Privatwirtschaft), das ständige Bestreben nach Produktivitätserhöhung und nach Selbstoptimierung (z.B. Multitasking). In Betrieben wurden in den letzten Jahrzehnten innovative Managementansätze umgesetzt (z.B. Management by Objectives, New Public Management, Fallpauschalensysteme in Krankenhäusern usw.), die zu Produktivitätszuwächsen geführt haben, indem das Potenzial der einzelnen Mitarbeitenden stärker als bei arbeitsteiligen, tayloristischen Arbeitsstrukturen genutzt wird. Die Idealvorstellung innovativer Managementkonzepte besteht darin, dass jeder einzelne Beschäftigte wie ein Selbstständiger im Betrieb agiert und seinen Wert beweist: Ich rechne mich für den Betrieb!

Welche Konsequenzen hat dies für die betriebliche Gesundheitsförderung? Wir gehen davon aus, dass Entschleunigung auf längere Sicht zu einem festen Thema in jedem Betrieb gemacht werden muss. Da „Entschleunigung“ zunächst abstrakt klingt, ist eine Konkretisierung sinnvoll: Die Beschleunigung in Betrieben führt zu einer Verknappung der Ressource Zeit und zu höherem Leistungsdruck. Wir haben gute Erfahrungen gemacht, Zeit- und Leistungsdruck als Ausgangspunkt zur Bearbeitung von Entschleunigung heranzuziehen. Hierbei gehen wir von folgenden Prämissen aus:

1. Die Zunahme von Zeit- und Leistungsdruck wird zwar von aussen befördert (z.B. mit bestimmten Ziel- und Zeitvorgaben), der einzelne Mitarbeiter ist aber auch selbst an der Zunahme beteiligt, etwa wenn er scheinbar freiwillig – ohne Vorgabe durch Vorgesetzte – am Wochenende und im Urlaub arbeitet, krank bei der Arbeit erscheint oder eigenen Zeitdruck an andere Kollegen weitergibt: „Wann bekomme ich endlich dein fertiges Arbeitspaket?“. Deshalb muss *jeder einzelne Beschäftigte* sein Handeln und Denken reflektieren und bei der Lösungssuche einbezogen werden.
2. Da Zeit- und Leistungsdruck soziale Phänomene sind, müssen *gemeinsame Lösungen*, z.B. in bestehenden Teams oder Abteilungen, gefunden werden. Der einzelne Mitarbeiter kann sich zwar selbstständig mit guten Bewältigungsstrategien, mentalen Trainings, Erholung, Genuss und Entspannungstechniken beschäftigen – daneben müssen aber auch geschützte Kommunikationsplattformen innerhalb der Organisationen geschaffen werden, in denen ein offener Austausch zu Drucksituationen möglich ist.
3. Der offene Austausch ist in leistungsorientierten Betrieben zu Beginn meist problematisch und tabuisiert, da unausgesprochene Regeln wie „Wer ein Problem hat, ist das Problem“ oder „Wer Stress empfindet, ist eben nicht belastbar“ gelten. Deshalb ist zum Einstieg eine externe Begleitung hilfreich, die den Einstieg in offene Kommunikation unterstützt und hilft, verbreitete Kommunikationskiller („Wir leben ja nicht im Paradies!“ oder „Wer krank wird, ist selbst schuld; um seine Gesundheit muss sich schließlich jeder selbst kümmern“) zu überwinden. Ziel ist gleichwohl, dass der *Austausch in den Arbeitsalltag integriert* und auch

ohne externe Begleitung stattfinden wird. Als realistische Erwartungshaltung für Mitarbeiter und Führungskräfte ergab sich in unseren Projekten: Die Auseinandersetzung mit Druck ist ein Dauerthema, z.B. einmal pro Quartal in Teamsitzungen. Die einzelne Maßnahme (etwa Regeln zum Umgang mit E-Mails und telefonischer Erreichbarkeit, um Entschleunigung zu erleichtern) ist hilfreich und notwendig, aber noch keine dauerhafte Lösung.

4. Von besonderer Bedeutung sind die Führungskräfte. Je mehr Unterstützung für Gesundheitsförderung seitens der Führungskräfte signalisiert wird, desto mehr wird in den Abteilungen umgesetzt. Zudem sind untere und mittlere Führungskräfte häufig einer besonderen Drucksituation ausgesetzt („Sandwich-Position“). Entgegen einer verbreiteten Ansicht, dass für Führungskräfte ein individuelles Coaching zu favorisieren sei, arbeiten wir mit *Gesundheitswerkstätten* für Führungskräfte, in denen für *Führungskräfte einer Hierarchieebene* ein offener Austausch über schwierige Situationen, Überforderungen und Bewältigungsstrategien ermöglicht wird. Im Folgeschritt wird dann der hierarchieübergreifende Austausch in die Wege geleitet.
5. Die Ursachen für Beschleunigung und speziell für Druck sind vielschichtig. In der Regel haben Mitarbeiter unterschiedliche Blickwinkel. Es ist der Normalfall, dass zunächst noch keine gemeinsame Sichtweise besteht, z.B., inwieweit Zeitdruck überhaupt besteht, was die Ursachen sind etc. Deshalb ist es notwendig, zunächst *eine gemeinsame Sichtweise zu entwickeln*, die Basis für das gemeinsame Handeln wird.

Vor dem Hintergrund dieser Prämissen und auf Basis unserer Erfahrungen in



einem Industrieunternehmen sollen im Folgenden Anregungen zur Entschleunigung im Arbeitsalltag gegeben werden.

Praxisbeispiel: Entschleunigung durch Bearbeitung von Zeit-/Leistungsdruck

Das Industrieunternehmen ist international tätig und entwickelt und produziert sehr erfolgreich High-Tech-Geräte. In den letzten Jahren wurde das betriebliche Gesundheitsmanagement ausgebaut. Zu den Aktivitäten zählt ein fundiertes Verfahren zur Analyse psychosozialer Gefährdungen, worauf sich die folgenden Ausführungen berufen.

Das Verfahren sieht zunächst einen begleiteten Prozess für jeweils einzelne Abteilungen vor, bestehend aus:

- Sensibilisieren und Informieren der Mitarbeiter und Führungskräfte
- Gesundheitswerkstätten für Führungskräfte: Reflexion der eigenen und gemeinsamen Belastungssituation und Ableiten erster Maßnahmenideen
- Analysephase: schriftliche Befragung der Mitarbeiter, bei Bedarf Tätigkeitsanalysen
- Ableiten zentraler Gefährdungen aus den Ergebnissen der Analyse (Priorisierung durch Mitarbeiter)
- Ableitung von Maßnahmen zur Reduktion der zentralen Gefährdung (durch Mitarbeiter und Führungskräfte)

Nach Abschluss des begleiteten Prozesses werden in Teams oder Abteilungen BGM-Promotoren benannt, die sich darum kümmern, dass gesundheitsrelevante Themen kontinuierlich und dauerhaft im betrieblichen Alltag behandelt werden und nicht versanden (d.h., definierte Maßnahmen werden umgesetzt, neue Gefährdungen werden aufgegriffen, benannt und bearbeitet). Die BGM-Promotoren sind einzelne Mitarbeiter sowie Führungskräfte, die mindestens

zweimal jährlich begleitet werden, indem abteilungsübergreifende Erfahrungsaustausch moderiert und zweistündige Qualifizierungsbausteine angeboten werden.

Häufig zeigt sich in Abteilungen, dass im Alltag gerade in Phasen mit hohem Arbeitsaufkommen – Phasen hoher Beschleunigung – die abgeleiteten Maßnahmen zur Reduktion der zentralen Gefährdungen nur stockend oder gar nicht umgesetzt werden. Es wird darauf verwiesen, dass zu viel Zeitdruck bestünde und keine Zeit für Themen abseits der eigentlichen Arbeitsaufgaben bleibe. Hinzu kommt, dass Zeitdruck schnell zur Normalität wird, viele Menschen es gewohnt sind, fast immer „im Stress“ zu sein. Verschiedene Personen verstehen unter Zeitdruck darüber hinaus auch immer etwas anderes („Ich brauche Zeitdruck, um gute Leistung zu bringen“ vs. „Dieser Zeitdruck macht mich krank“).

Was bleibt, insbesondere für BGM-Promotoren, ist die Schwierigkeit festzustellen, wann zu viel Zeitdruck vorliegt und wann Zeitdruck damit eine *Gefährdung* ist und thematisiert werden sollte. Erst durch Konkretisierung und das Aufzeigen von Konsequenzen und Wirkungszusammenhängen ist der Weg für eine nachhaltige Bearbeitung der Drucksituation geebnet.

Aus diesen Gründen vermitteln wir im Rahmen der Qualifizierungen unter anderem auch einen Baustein zum Thema Zeit-/Leistungsdruck und Entschleunigung. BGM-Promotoren werden hier befähigt, im Arbeitsalltag das Thema Zeit- und Leistungsdruck gezielt und gemeinsam zu bearbeiten, um Entschleunigung in den Teams und Abteilungen zu ermöglichen.

Das schrittweise Vorgehen zur Konkretisierung wird im Folgenden dargestellt. Die vier Schritte können auch anderen Unternehmen als Anregung dienen. Der BGM-Promotor kann diese Schritte gemeinsam mit einem Team bearbeiten.

Schritt 1: Prüfen Sie zunächst, wervom Zeitdruck betroffen ist:

- die ganze Abteilung
- mehrere Teams
- ein bestimmtes Team
- mehrere Arbeitsplätze
- einzelne Arbeitsplätze
- sonstige

An dieser Stelle genau hinzuschauen, wird im Alltag schnell vergessen – häufig sind „alle im Stress“ – was aber für ein gezieltes Gegensteuern und damit eine tatsächliche Entschleunigung zu unspezifisch ist.

Schritt 2: Machen Sie den Zeitdruck explizit. Prüfen Sie, woran der Druck im Alltag konkret festgemacht werden kann. Gängige beobachtbare Anzeichen für Zeitdruck können beispielsweise sein:

- Kollegen verzichten regelmäßig auf Pausen oder verkürzen diese deutlich (mindestens wöchentlich).
- Kollegen machen regelmäßig Überstunden (mindestens wöchentlich).
- Kollegen nehmen Arbeit mit nach Hause (mindestens wöchentlich).
- Arbeit bleibt liegen (mindestens wöchentlich).
- Terminfristen können nicht eingehalten werden (mindestens wöchentlich).
- Vorschriften oder Standards werden nicht eingehalten, Arbeit wird weniger gewissenhaft erledigt (mindestens wöchentlich).
- Sonstiges

Schritt 3: Benennen Sie mögliche Ursachen des Zeit-/Leistungsdrucks. Mitarbeiter als Experten für ihren eigenen Arbeitsplatz haben häufig bereits konkrete Vermutungen, aufgrund welcher Gegebenheiten oder Veränderungen der Druck besonders groß wird – dies soll an der Stelle aufgegriffen und unterstützt werden. Häufige Ursachen sind:

- Das Arbeitsvolumen hat zugenommen (Nachweis z.B. durch steigende Auftragszahlen, mehr Projekte).
- Viele Schnittstellen und ein hoher Abstimmungsbedarf, Mitarbeiter sind auf Dritte angewiesen.
- Die Arbeitsorganisation wurde verändert, Aufgaben wurden neu verteilt.
- Die Aufgaben sind an bestimmte bzw. enge Fristen gebunden.
- Unvorhergesehene Schwierigkeiten treten im Arbeitsablauf auf (Ausfall von Arbeitsmitteln oder Maschinen, Probleme im Projekt).
- Das Team ist im Vergleich zum normalen Geschäft unterbesetzt oder nicht voll leistungsfähig (z.B. Urlaubszeit, viele Krankheiten, Weggang mehrerer Kollegen, Einarbeitung vieler neuer Kollegen)
- Viele Arbeitsunterbrechungen kommen vor.
- Mitarbeiter vergleichen ihre Arbeitsleistung mit Kollegen und setzen sich selbst unter Druck.
- Eine spezielle Phase tritt ein (z.B. typische Tage mit höherer Auftragslast, saisonale Gegebenheiten).

Schritt 4: Reflektieren Sie gemeinsam im Team, welche Konsequenzen aus der Drucksituation entstehen. Auswirkungen können sich in unterschiedlichen Bereichen zeigen, darunter:

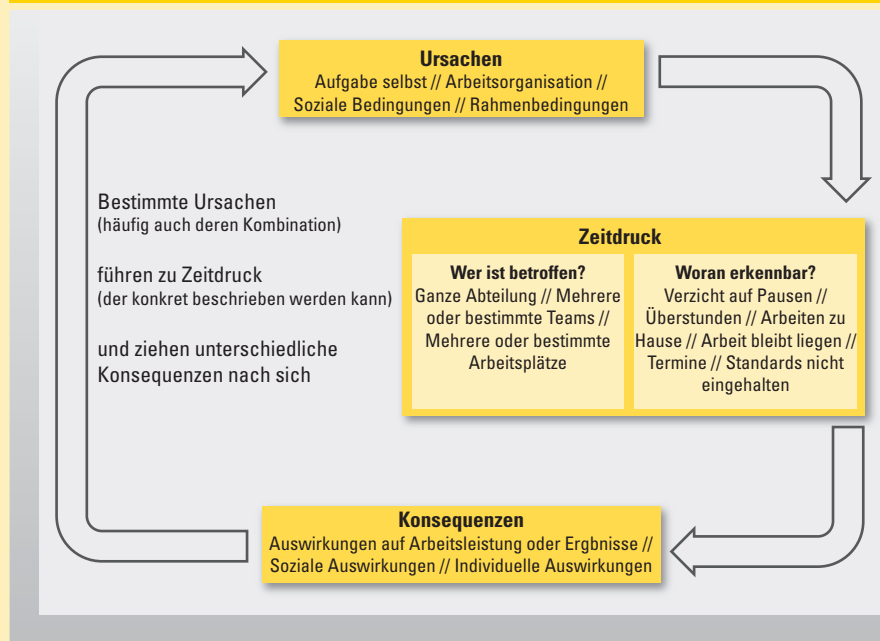
- Auswirkungen auf Arbeitsleistung/Ergebnisse (z.B. sinkende Qualität der Arbeitsergebnisse seit XX/2011, steigende Fehlerzahl im Team Y)
- soziale Auswirkungen (z.B. mehr Konflikte zwischen Kollegen im Team Y)
- individuelle Auswirkungen (z.B. psychosomatische Beschwerden, Zunahme von Schlafstörungen oder Ausfälle aufgrund von Erschöpfungsdepressionen)
- Sonstiges

Sehr zentral ist im aufgezeigten Vorgehen das gemeinsame Verständnis, dass *Wirkungszusammenhänge* bestehen, die auch veranschaulicht werden

können: Bestimmte Ursachen (meist ist hier die Kombination entscheidend) führen zu Zeit-/Leistungsdruck (der konkret beschrieben werden kann), und dies zieht Konsequenzen auf verschiedenen Ebenen nach sich (z.B. auf Arbeitsleistung, soziale oder individuelle Symptome).

Entscheidend ist weiterhin: Es besteht die Gefahr, dass ein Teufelskreis entsteht. Ein Aspekt, der zunächst eine Konsequenz aus dem hohen Druck war (z.B. schlechte Arbeitsergebnisse oder vermehrte Konflikte im Team), kann in der Folge eine Ursache für neuen Druck sein: Arbeitsergebnisse müssen korrigiert oder nachbearbeitet werden, soziale Konflikte verhindern gute Kommunikation im Team, Informationen werden nicht weitergegeben, es kommt zu Fehlern.

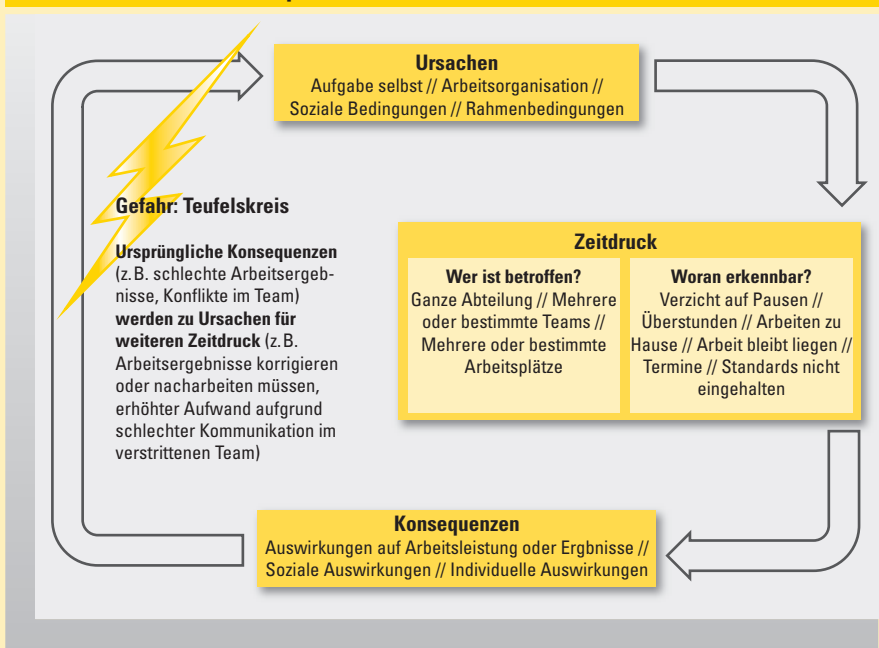
Dem Zeitdruck auf die Spur kommen: Wirkungszusammenhänge erkennen!



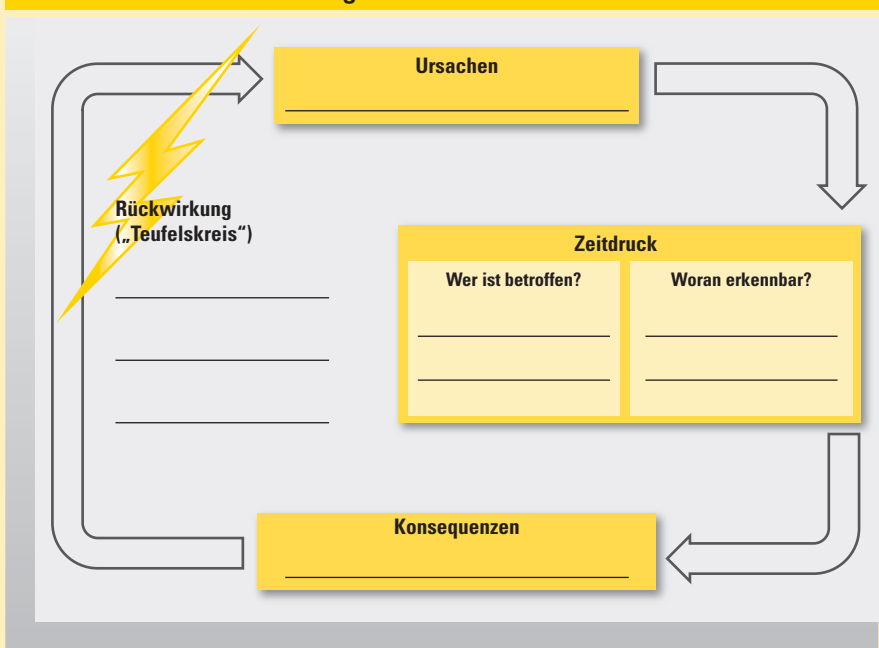
Um Wirkungszusammenhänge für einzelne Teams zu reflektieren, erhalten die BGM-Promotoren in der Qualifizierung entsprechende Hilfsmittel (Arbeitsblätter, Leitfäden, bildliche Veranschaulichung gemäß dieser Abbildungen), die sie in ihren Alltag mitnehmen und gemeinsam in den Teams reflektieren und für das Verständnis der gemeinsamen Drucksituation nutzen können.

Nach Konkretisierung der Drucksituation gilt es, Maßnahmen zur Reduktion von Zeit-/Leistungsdruck mit dem Ziel einer Entschleunigung in Teams und Abteilungen zu definieren. Maßnahmen können in unterschiedlichen Bereichen der oben dargestellten Systematik ansetzen: idealerweise an den *Ursachen*, ggf. aber auch an den Konsequenzen. Insbesondere einige unserer Erfahrungen mit Ansetzen an den Ursachen sollen im Folgenden exemplarisch dargestellt werden.

Dem Zeitdruck auf die Spur kommen: Gefahr Teufelskreis



Wie sieht es in Ihrer Abteilung aus?



Ansetzen an den Ursachen

Liegt der Zeitdruck beispielsweise primär in hoher Arbeitsmenge begründet, kann die folgende Methode sinnvoll sein, um gemeinsam mit Führungskräften und Mitarbeitern zu prüfen, an welchen Stellen im Arbeitsalltag angesetzt werden kann.

Besonders hilfreich bei der Suche nach Handlungsmöglichkeiten ist die Einnahme verschiedener Perspektiven, um einseitige Lösungen zu vermeiden (einseitig wäre etwa: „Wir sind machtlos – das Unternehmen muss die Rahmenbedingungen verändern und mehr Mitarbeiter einstellen, vorher machen wir gar nichts“). Der Blick auf umsetzbare Handlungsmöglichkeiten jedes Einzelnen im Team ist damit ebenso erforderlich wie die Überlegung, an welchen Stellen Unterstützung durch Führungskräfte notwendig ist. Zudem lohnt die bewusste Reflexion der Arbeitsorganisation – häufig finden sich eingefahrene Prozesse oder Aufgaben, die im Rahmen der aktuellen Arbeitsorganisation nicht mehr erforderlich sind (z.B. mehrfache parallele Pflege von IT-Systemen). Auch hinsichtlich der Arbeitsergebnisse ist es ratsam zu prüfen, ob in gewissen Punkten auch eine Reduktion der Qualität denkbar wäre – insbesondere bei eher unklaren, nach oben offenen Arbeitsaufträgen kann dies erleichternd wirken.

Eine andere Ursache von Zeit-/Leistungsdruck (oder möglicherweise ein Verschärfer anderer vorliegender Ursachen) kann eine hohe Anzahl von Arbeitsunterbrechungen sein. Arbeitsunterbrechungen können die vorgesehene Durchführung einer komplexen Aufgabe mitunter fast unmöglich machen und den Aufwand enorm erhöhen, weil beispielsweise nach jeder Unterbrechung stets neues Wiedereindenken in die Aufgabe erforderlich wird. Es kann somit auch sinnvoll sein, Arbeitsunterbrechungen als Druckverschärfer anzugehen, ohne

Handlungsmöglichkeiten zur Reduzierung von Zeitdruck prüfen und erarbeiten: hohe Arbeitsmenge

Das können wir ausmisten:
Ab in den Papierkorb

Das müssen wir akzeptieren:
Nicht jammern

Das können wir gemeinsam/
unsere Führung verbessern:

Das kann jeder für sich verbessern:

Hier können wir Qualität
reduzieren, ohne dass
Nachteile entstehen:

Jeder Einzelne

- Telefon umleiten auf Kollegen
- Ruhigeren Ort zum Arbeiten suchen
- Selbstdisziplin (bei Telefonaten, Kurzbesprechungen am Arbeitsplatz)
- E-Mails nur zu bestimmten Zeiten abrufen
- Neue Aufgaben nur nach Rücksprache mit direkter FK annehmen

Unsere Führungskraft

- Mobile Arbeitsmittel und Software zur Verfügung stellen
- individuelle Lösungen der MA akzeptieren
- Kernaufgaben definieren und nach außen vertreten (keine Aufgabe außerhalb der Kernaufgaben annehmen)
- Administrative Entlastung prüfen

Lösungsideen zur Reduktion von Arbeitsunterbrechungen

- Großraumbüro: Unterbrechungen bewusst machen, gemeinsam Regel definieren
- Trennwände/Raumteiler um Unterbrechungen zu reduzieren
- Stehbesprechungsraum und leer stehende Büros für Besprechungen nutzen

Wir als Team/Abteilung

- Mehr Besprechungsräume mit Ausstattung (z.B. White Boards)
- Bereitschaft, lang andauernde Schwierigkeiten bis zum Vorstand zu klären (z.B. Prioritäten überdenken)

Das Unternehmen

die zentralen Ursachen sofort mit bearbeiten zu können.

Eine eingehende Analyse der jeweiligen Arbeitsunterbrechungen stellt Fragen wie:

- Welche Arten liegen vor? (Bspw. Unterbrechungen durch Kunden, Kollegen, Führungskräfte; Unterbrechungen durch fehlendes Material oder nichtfunktionierende Software; Unterbrechungen durch Lautstärke und Ablenkung im Großraumbüro)
- Wann liegen die Arbeitsunterbrechungen hauptsächlich vor, wann nicht?

Nach der Analyse haben wir gute Erfahrungen gemacht, auch im Rahmen der Sammlung von Gestaltungsideen die Perspektivenübernahme zu fördern, um eine Balance zwischen „Selbst-Anpacken“ und „Unterstützung-Einfordern“ herzustellen. Die folgende Grafik veranschaulicht, in welche Richtung Lösungsansätze zur Reduktion von Arbeitsunterbrechungen gehen können.

Fazit

Nach unserer Erfahrung erleichtert das beschriebene *Vorgehen in vier Schritten* die Klärung der gemeinsamen Sichtweise in Teams zum Phänomen Zeit-/Leistungsdruck und in der Folge die Kommunikation mit Kollegen und Führungskräften sowie das Einleiten von jeweils passenden Maßnahmen.

Um dauerhaft Entschleunigung zu erreichen, genügt eine einmalige Aktivität – wie hier beschrieben – selbstverständlich nicht. Zeit-/Leistungsdruck wird durch sich ständig verändernde Rahmenbedingungen immer wieder auftreten – das heißt die *kontinuierliche* Wahrnehmung und Konkretisierung dessen sowie die passgenaue Ableitung von Maßnahmen sind dringend erforderlich.

Als besonders hilfreich zur Durchführung des beschriebenen kontinuierlichen Prozesses zeigen sich die genannten *BGM-Promotoren*. Besteht diese personelle Struktur nicht, wird die Gefahr höher, dass insbesondere mit steigendem Zeit-/Leistungsdruck im Arbeitsalltag gesundheitsbezogene Maßnahmen nicht weiter verfolgt werden, weil sich niemand der Themen annimmt. Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Einsatzbereitschaft von Mitarbeitern und Führungskräften vorhanden ist („Ich will das Thema Gesundheit bei uns im Team weiter voran treiben!“) und in Betrieben unterstützt werden kann. Die angebotenen moderierten Treffen zum Erfahrungsaustausch und zur Qualifizierung werden als sehr hilfreich und unterstützend zur Ausgestaltung der Promotorenrolle erlebt. Sind die BGM-Promotoren Mitarbeiter, was wir zur Förderung der Partizipation sehr unterstützen, ist zudem entscheidend, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den jeweiligen Führungskräften gut

gelingt. BGM-Promotoren sollten sowohl von Kollegen als auch Führungskräften akzeptiert sein, um nachhaltig Veränderungen mitgestalten zu können.

Führungskräfte selbst müssen in Unternehmen für Gesundheitsthemen sensibilisiert und in der Umsetzung der Bearbeitung unterstützt werden. Häufig steht die – zumindest implizit wahrgenommene – Unternehmenskultur einer breiten Unterstützung durch Führungskräfte noch entgegen. Ein klares Statement der obersten Führungsebene („Gesundheit ist auch Führungsaufgabe!“ und „Wir dürfen hier über Belastungen und Druck sprechen!“) erleichtert der unteren und mittleren Führungsebene die Positionierung („Ich weiß, dass das bei uns gewollt ist!“) und folglich die Unterstützung der Umsetzung.

5

Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen



5 Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen

In den vorausgegangenen Kapiteln wurde die Entwicklung des Krankenstands auf der Ebene der ICD-Hauptgruppen beschrieben. Auf diese Weise können langfristige Trends der Arbeitsunfähigkeit bei auffälligen Bevölkerungsgruppen nach sozioökonomischen und regionalen Merkmalen dargestellt werden. Die ICD-Hauptgruppen umfassen jedoch zum Teil recht unterschiedliche Krankheitsbilder, sodass eine vertiefende Betrachtung anhand von Einzeldiagnosen und Diagnosegruppen aufschlussreich ist.

Verschiedene Maßnahmen im Hinblick auf die Verschlüsselung der Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung haben sich positiv auf die Gesundheitsberichterstattung ausgewirkt: Die Diagnoseverschlüsselung, die zuvor durch die Krankenkassen erfolgte, wurde auf die Ärzte übertragen. Dies führte zu einer verbesserten Spezifizierung der Diagnosen, wobei allerdings im ambulanten Bereich im Unterschied zum Einführungszeitraum schon seit längerem wieder eine stärkere Konzentration auf die häufigsten ICD-Kodierungen und damit eine zunehmende Tendenz, „gängige“ Kodierungen zu verwenden, zu beobachten ist. Während 2001 die fünf häufigsten Diagnosen nur noch gut ein Fünftel (22,6%) aller AU-Fälle der Mit-

glieder ohne Rentner umfassten, waren es 2009 bereits wieder 31,2%. Im Jahr 2010 machten die fünf häufigsten Diagnosen zusammen 29,5% aus. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Wert auf die Dauer wieder den Wert von etwa einem Drittel aus dem Jahre 1999 (vor der Einführung der Verschlüsselung durch die Ärzte) annehmen wird. Seit dem Jahr 2000 gibt es außerdem eine Verschlüsselungspflicht der Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung, die der Gesetzgeber nach §§ 295 und 301 SGB V verbindlich eingeführt hat.

Basis der Diagnosedaten im vorliegenden Bericht ist der ICD-10. Diese 10. Revision der ICD-Klassifikation stellt ein sehr viel differenzierteres Schlüsselsystem dar als die 9. Revision, die bis zum Jahre 2000 Grundlage dieser Statistik war. Vergleiche mit früheren Jahresergebnissen sind also auf der Ebene der Einzeldiagnosen nur bedingt möglich, auch wenn lediglich die ersten drei Stellen der Schlüsselnummern berücksichtigt werden. Zu beachten ist außerdem, dass nur die von der Betriebskrankenkasse gekennzeichnete Hauptdiagnose verwendet wird. Mehrfachdiagnosen innerhalb eines Falls werden nicht berücksichtigt, sodass Multimorbidität nicht abgebildet wird.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse nach Diagnoseuntergruppen und Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Wenn nicht ausdrücklich anders vermerkt, beziehen sich alle Angaben auf Mitglieder ohne Rentner. Weitere Einzelauswertungen nach den dreistelligen ICD-Diagnosen sind beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen erhältlich.

Die häufigsten und nach Krankheitstagen relevantesten Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeit lassen sich, wie schon in den vorausgegangenen Jahren, folgenden Diagnosegruppen zuordnen: Den *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems* (M00-M99), den *Krankheiten des Atmungssystems* (J00-J99), den *Verletzungen und Vergiftungen* (S00-T98) und den *psychischen und Verhaltensstörungen* (F00-F99) (vgl. Tabelle 5.1).

Bei beiden Geschlechtern werden die mit Abstand meisten AU-Tage von den *Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems* verursacht, nämlich bei den Frauen 3.249 Tage pro 1.000 Mitglieder und bei den Männern sogar 3.960 Tage. An zweiter Stelle stehen die *Atemwegserkrankungen*, die bei der Anzahl der Fälle pro Mitglied Spitzenreiter sind (im Durchschnitt 289,4 Fälle pro 1.000 Mit-

Tabelle 5.1

Die drei wichtigsten Diagnosegruppen nach AU-Tagen

Rang	ICD-Bereich	Bezeichnung	AU-Fälle*	AU-Tage*	Tage je Fall
Frauen					
1.	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	152,0	3.249	21,4
2.	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen	61,2	2.279	37,3
3.	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	319,3	2.069	6,5
Männer					
1.	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	201,4	3.960	19,7
2.	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen	106,5	2.185	20,5
3.	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	266,0	1.791	6,7
Gesamt					
1.	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	179,7	3.648	20,3
2.	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems	289,4	1.913	6,6
3.	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen	89,4	1.812	20,3

* Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

5.1 Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems

glieder). Wegen der häufig kurzen Krankheitsdauer (im Durchschnitt 6,6 Tage je Fall), ist die Zahl der AU-Tage pro 1.000 Mitglieder jedoch mit 1.913 Tagen deutlich niedriger als bei den *Muskel- und Skeletterkrankungen*.

Diese Platzierung an zweiter Stelle trifft aber nur zu, wenn die Gesamtheit beider Geschlechter betrachtet wird. Betrachtet man Männer und Frauen getrennt, so finden sich deutliche Unterschiede: Bei den Männern folgt an zweiter Stelle der Häufigkeit nach AU-Tagen die Gruppe der *Verletzungen und Vergiftungen* mit 2.185 AU-Tagen pro 1.000 Mitglieder. Bei den Frauen wird der zweite Platz von den *psychischen Erkrankungen* eingenommen, mit 2.279 AU-Tagen pro 1.000 Mitglieder.

Ebenfalls bedeutsame Diagnosegruppen stellen bei beiden Geschlechtern die *Krankheiten des Verdauungssystems* (K00-K93, bei beiden Geschlechtern an fünfter Stelle) und die *Herz-Kreislaufkrankheiten* dar (I00-I99, bei den Männern auf Rang sechs und den Frauen auf Rang neun der wichtigsten Diagnosegruppen).

Auf die wichtigsten Diagnosegruppen wird nun nochmals spezieller eingegangen, insbesondere werden die häufigsten und wichtigsten Einzeldiagnosen und Diagnoseuntergruppen dargestellt. Besonders erwähnenswert ist dabei im Unterkapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ erneut das Burn-out-Syndrom, das zwar keinen eigenen Diagnoseschlüssel besitzt, aber dennoch ein bedeutender Faktor im AU-Geschehen ist und im diesjährigen Gesundheitsbericht auch in den Sonderbeiträgen an vielfacher Stelle Anknüpfungspunkte bietet.

Ein neues Unterkapitel ist in diesem Jahr den malignen Neubildungen gewidmet. Denn auch wenn die Fallzahlen für einzelne Tumorentitäten relativ gering erscheinen, so sind die dadurch verursachten AU-Zeiten doch überwiegend lang. So betrug die durchschnittliche AU-Zeit der Mitglieder über alle Diagnosen 2010 13,3 Tage pro Fall, wohingegen die durchschnittliche AU-Zeit pro Fall beispielsweise bei *Mammakarzinom* (C50) 121,6 Tage und bei *Bronchial- und Lungenkarzinom* (C34) 132,3 Tage betrug.

Die *Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems* verursachten im Jahre 2010 mit 3.648 Tagen pro 1.000 Mitglieder mit Abstand die meisten AU-Tage; das sind auf beide Geschlechter bezogen 26,7% aller AU-Tage.

Nach einem Peak Anfang der Neunzigerjahre sind die *Muskel- und Skeletterkrankungen* in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Dieser Trend scheint vorerst beendet zu sein (1991: 782 AU-Tage, 2000: 409 AU-Tage, 2009: 377 AU-Tage und aktuell 410 AU-Tage – aus Gründen der Vergleichbarkeit mit den Vorjahren beziehen sich diese Angaben auf je 100 Pflichtversicherte). Betrachtet man die Anzahl der AU-Tage pro BKK Mitglied, so verursachten die *Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems* im Jahre 2010 3,6 AU-Tage pro

BKK Mitglied und spielten somit erneut eine wichtige Rolle. Ansatzpunkte, um durch Gestaltung der Arbeitsstrukturen eine Reduktion dieser Belastungen zu erreichen, zeigt der *Sonderbeitrag von Ulich* (S. 148 ff.) auf.

Unter den Top Ten der Einzeldiagnosen finden sich bei den Männern vier und bei den Frauen drei Diagnosen aus dieser Diagnosegruppe (vgl. *Tabelle 5.2*). Dabei war bei Frauen und Männern gleichermaßen die Diagnose *Rückenschmerzen* (M54) die häufigste AU-begründende Einzeldiagnose. Bei den Frauen verursachte diese Diagnose 957 AU-Tage pro 1.000 Mitglieder, das sind 6,89% aller AU-Tage, bei den Männern waren es sogar 1.326 AU-Tage; das entspricht 9,81% aller AU-Tage. Bei beiden Geschlechtern haben die AU-Tage gegen-

Tabelle 5.2

Die 10 wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen

Frauen			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	957,0
2.	F32	Depressive Episode	831,6
3.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	674,4
4.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen u. Anpassungsstörungen	446,0
5.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	284,7
6.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	276,0
7.	J20	Akute Bronchitis	258,8
8.	F48	Andere neurotische Störungen	245,3
9.	J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	222,5
10.	M75	Schulterläsionen	216,5
Männer			
Rang	ICD	Bezeichnung	Tage*
1.	M54	Rückenschmerzen	1.326,3
2.	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	588,8
3.	F32	Depressive Episode	479,6
4.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	335,0
5.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	301,3
6.	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	272,9
7.	M75	Schulterläsionen	269,6
8.	J20	Akute Bronchitis	245,4
9.	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen u. Anpassungsstörungen	216,7
10.	A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	213,3

* Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

über dem Vorjahr leicht zugenommen. Gleiches trifft auf die nach AU-Tagen zweithäufigste Diagnose aus dem Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen zu, die *sonstigen Bandscheibenschäden* (M51). Diese Diagnose steht bei den Männern an vierter und bei den Frauen an sechster Stelle der nach AU-Tagen häufigsten Einzeldiagnosen, wobei Überschneidungen zur Diagnose „Rückenschmerzen“ häufig sein dürften.

Schlüsselt man die Diagnosen der Gruppe *Muskel- und Skeletterkrankungen* weiter auf (vgl. *Tabelle 5.3* und

Diagramme 5.1 und 5.2), so findet man neben den dominierenden *sonstigen Krankheiten des Rückens und der Wirbelsäule* (M40-M54), die bei beiden Geschlechtern insgesamt rund die Hälfte der AU-Fälle ausmachen, einen weiteren Erkrankungsschwerpunkt bei den *Gelenkerkrankungen* (M00-M25). Wie schon im Vorjahr wiesen die Frauen auch 2010 ca. ein Drittel weniger AU-Fälle aus diesem Bereich auf; allerdings war die durchschnittliche AU-Dauer mit 32,3 Tagen pro Fall länger als bei den Männern (26,5 Tage), sodass die Gesamtzahl der AU-Tage bei den Frauen nur um etwa ein

Fünftel unter der bei den Männern lag. Der drittgrößte Block der Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems sind die *Krankheiten der Muskeln, Sehnen und des Weichteilgewebes* (M60-M79). Diese machten bei Männern und Frauen gleichermaßen etwa 20% der durch Muskel- und Skeletterkrankungen bedingten AU-Fälle und AU-Tage aus, wobei die Frauen knapp 25% weniger AU-Fälle und knapp 20% weniger AU-Tage je 1000 Mitglieder aufwiesen als die Männer.

Diagramm 5.1

Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen – Fälle

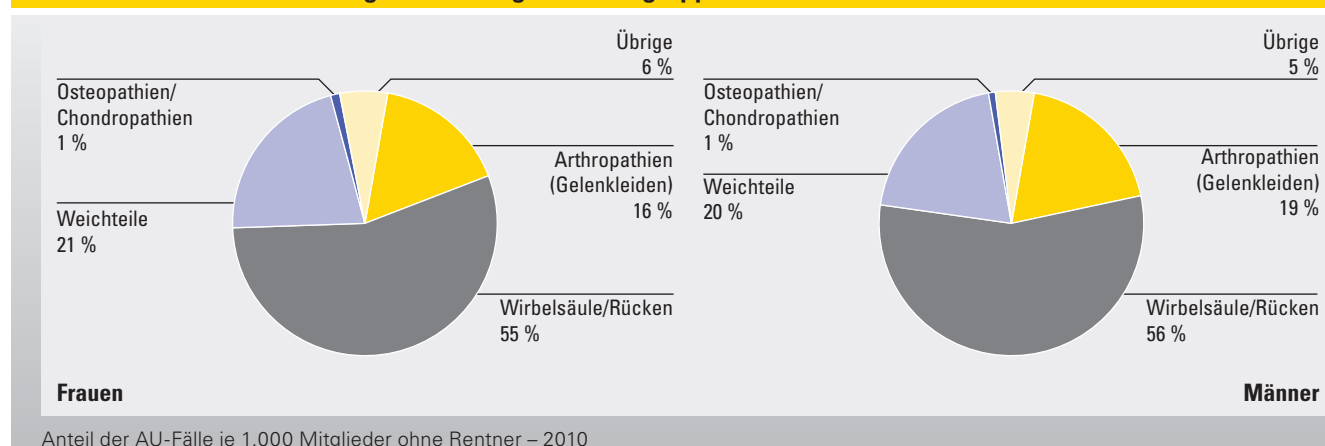


Diagramm 5.2

Muskel- und Skeletterkrankungen nach Diagnoseuntergruppen – Tage

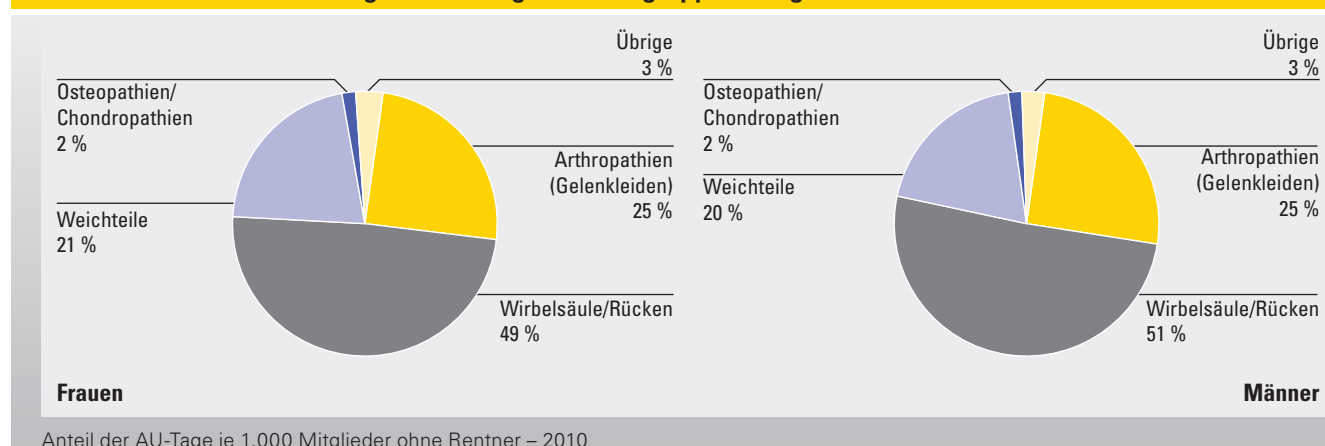


Tabelle 5.3**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems**

Diagnoseuntergruppen	Fälle	Männer Tage	Tage je Fall	Fälle	Frauen Tage	Tage je Fall	Fälle	Zusammen Tage	Tage je Fall
Infektiöse Arthropathien (M00-M03)	0,3	5,2	20,6	0,2	3,0	16,2	0,2	4,2	18,9
Endzündliche Polyarthropathien (M05-M14)	8,1	109,4	13,5	4,2	87,5	20,6	6,4	99,8	15,6
Arthrose (M15-M19)	8,4	343,7	41,1	5,9	272,4	46,0	7,3	312,4	42,8
Sonstige Gelenkkrankheiten (M20-M25)	21,3	547,9	25,7	14,5	439,1	30,4	18,3	500,1	27,3
Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36)	0,2	6,0	25,8	0,4	11,6	26,8	0,3	8,4	26,4
Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M43)	2,8	52,5	18,6	2,6	59,4	22,5	2,7	55,5	20,3
Spondylopathien (M45-M49)	5,2	123,9	23,7	4,1	98,2	24,0	4,7	112,6	23,8
Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54)	104,0	1.832,4	17,6	77,5	1.428,1	18,4	92,4	1.654,8	17,9
Krankheiten der Muskeln (M60-M63)	2,7	29,5	10,8	2,4	27,3	11,3	2,6	28,5	11,0
Krankheiten der Synovialis und der Sehnen (M65-M68)	6,4	113,5	17,7	7,8	157,7	20,3	7,0	132,9	19,0
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes (M70-M79)	31,1	630,2	20,3	22,3	509,9	22,9	27,2	577,4	21,2
Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80-M85)	0,3	14,5	43,8	0,4	14,3	40,5	0,3	14,4	42,3
Sonstige Osteopathien (M86-M90)	0,6	22,2	37,3	0,5	17,4	33,2	0,6	20,1	35,6
Chondropathien (M91-M94)	0,7	26,7	36,4	0,6	23,5	42,3	0,7	25,3	38,6
Sonstige Krankheiten des (Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M95-M99)	9,2	102,4	11,1	8,6	99,8	11,6	8,9	101,2	11,3
Insgesamt (M00-M99)	201,4	3.959,9	19,7	152,0	3.249,0	21,4	179,7	3.647,6	20,3

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – Bundesgebiet 2010

5.2 Krankheiten des Atmungssystems

Die Atemwegserkrankungen (J00-J99) standen im Jahre 2010 nach Krankheitstagen an zweiter Stelle der Arbeitsunfähigkeit verursachenden Erkrankungen. Diese Diagnosegruppe war im Jahre 2010 für 289,4 AU-Fälle und 1.913 AU-Tage, jeweils pro 1.000 Mitglieder, verantwortlich. Dies entspricht einem Anteil von 28,1 % Prozent an allen AU-Fällen und 14,0 % an allen AU-Tagen und bedeutet 1,9 AU-Tage pro BKK Mitglied. Frauen erkrankten, wie auch in den Vorjahren, generell häufiger an Atemwegserkrankungen als Männer.

Auffällig ist, dass die Gesamtzahl der Erkrankungsfälle im Jahr 2010 bei beiden Geschlechtern gegenüber dem Jahre 2009 um rund 12 % abnahm und in etwa bei der Fallzahl des Jahres 2008 lag (Gesamtfälle pro 1.000 Mitglieder 2008:

290,0, 2009: 329,0 und 2010: 289,4). Hier bestätigt sich die Tatsache, dass diese Krankheitsgruppe in der Regel keine mehrjährigen Trends aufweist, da ihre Verbreitung stark durch jährlich wechselnde Erkältungs- und Grippeperioden geprägt wird.

Erwartungsgemäß finden sich auch 2010 mehrere Diagnosen aus der Diagnosegruppe der Atemwegserkrankungen unter den zehn wichtigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen. An zweiter Stelle bei den Männern und an dritter Stelle bei den Frauen (vgl. Tabelle 5.2) stehen *akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege* (J06). Ebenfalls unter den Top Ten der Einzeldiagnosen nach AU-Tagen ist die *akute Bronchitis* (J20). Fasst man die *akuten Atemwegsinfek-*

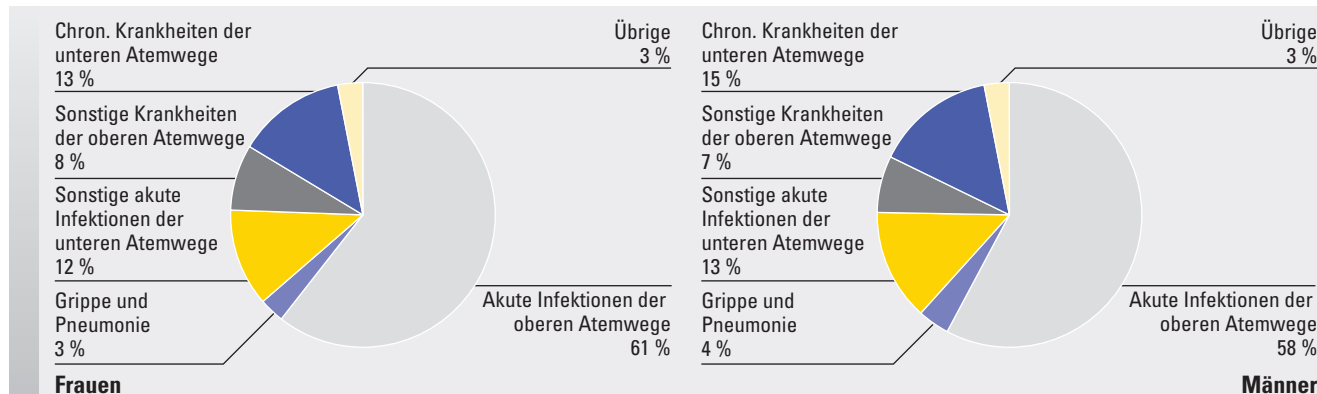
tionen (J00-J22) zusammen, so machen diese einen Anteil von 75,5 % der AU-Fälle infolge von Atemwegserkrankungen bei den Frauen und 75,1 % bei den Männern aus.

Die zweite große Gruppe der Atemwegserkrankungen sind die *chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* (J40-J47), die bei den Männern 14,8 % und bei den Frauen 13,4 % der AU-Fälle an den Atemwegserkrankungen verursachen.

Eine übersichtliche Darstellung zu AU-Tagen und AU-Fällen im Hinblick auf die Diagnoseuntergruppen der Atemwegserkrankungen aufgeschlüsselt nach Geschlecht, findet sich in der Tabelle 5.4 sowie in den Diagrammen 5.3 und 5.4.

Diagramm 5.3

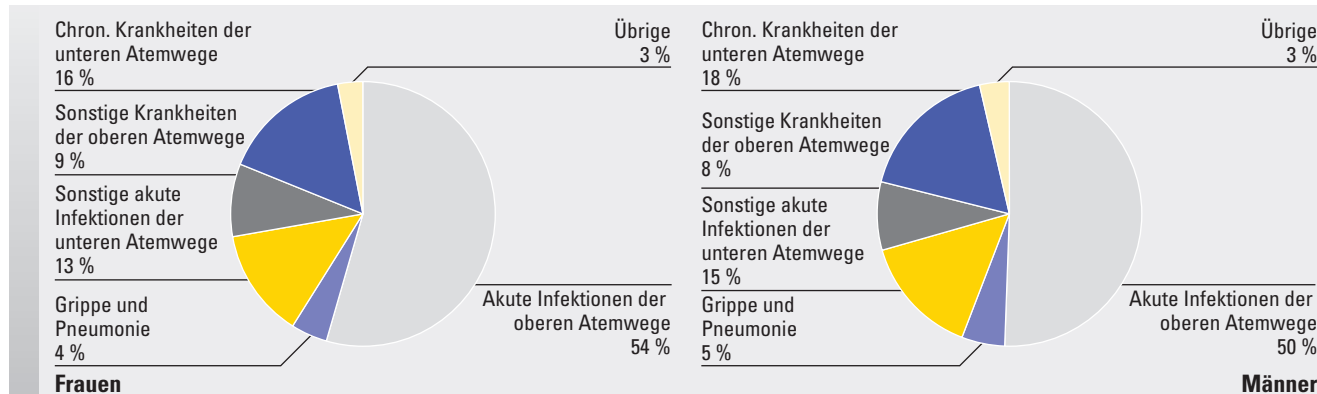
Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen – Fälle



Anteil der AU-Fälle je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2010

Diagramm 5.4

Krankheiten des Atmungssystems nach Diagnoseuntergruppen – Tage



Anteil der AU-Tage je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2010

Tabelle 5.4**Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Krankheiten des Atmungssystems**

Diagnoseuntergruppen	Fälle	Männer Tage	Tage je Fall	Fälle	Frauen Tage	Tage je Fall	Fälle	Zusammen Tage	Tage je Fall
Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06)	153,6	903,9	5,9	193,2	1.127,4	5,8	171,0	1.002,1	5,9
Grippe und Pneumonie (J09-J18)	10,5	95,3	9,1	10,2	88,9	8,8	10,3	92,5	8,9
Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22)	35,8	263,0	7,3	37,8	276,3	7,3	36,7	268,9	7,3
Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	18,7	151,2	8,1	25,8	185,0	7,2	21,8	166,0	7,6
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)	39,5	314,8	8,0	42,9	328,6	7,7	41,0	320,9	7,8
Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen (J60-J70)	0,1	2,5	30,9	0,1	0,9	15,9	0,1	1,8	25,5
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen (J80-J84)	0,1	3,5	37,3	0,1	1,5	22,8	0,1	2,6	32,2
Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege (J85-J86)	0,0	1,3	38,3	0,0	0,6	22,6	0,0	1,0	32,4
Sonstige Krankheiten der Pleura (J90-94)	0,2	7,7	40,9	0,1	3,9	35,3	0,2	6,1	39,1
Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95-J99)	7,6	47,6	6,3	9,1	56,1	6,1	8,3	51,4	6,2
Insgesamt (J00-J99)	266,0	1.790,8	6,7	319,3	2.069,2	6,5	289,4	1.913,1	6,6

Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2010

5.3 Bösartige Neubildungen

Die *bösartigen Neubildungen* stellen insofern eine uneinheitliche Diagnosegruppe dar, als hier wie bei den Infektionskrankheiten verschiedene Organsysteme betroffen sein können. Die ICD-Klassifikation nimmt die bösartigen Neubildungen aus den Gruppen für bestimmte Organsysteme heraus und bildet eine eigene Diagnosegruppe, wobei C00-C99 die *malignen Neubildungen* umfasst und die Carcinoma-in-situ-Stadien in der Gruppe D00-D09 verschlüsselt werden. Die hier betrachtete Diagnosegruppe umfasst die unter C00-D09 verschlüsselten Diagnosen.

In *Tabelle 5.5* sind die häufigsten malignen Erkrankungen bei Männern und

Frauen nach AU-Tagen dargestellt. Bei den Frauen stellt das *Mammakarzinom (C50)* die bei weitem häufigste Krebserkrankung dar und ist bei den häufigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen an fünfter Stelle zu finden (vgl. *Tabelle 5.2*). Zählt man die AU-Tage durch das *Carcinoma in situ der Brustdrüse (D05)* dazu, so ergeben sich für 2010 292,6 AU-Tage aufgrund von bösartigen Erkrankungen der Brustdrüse bei den Frauen. Das ist ein Anteil von 2,1 % an allen AU-Tagen. Die häufigste maligne Neubildung bei Männern ist das *Prostatakarzinom (C61)*, das mit 41,4 Tagen pro 1.000 Mitglieder jedoch bei weitem nicht zu so vielen AU-Tagen führt wie das *Mammakarzinom*.

An zweiter Stelle der malignen Neubildungen steht bei beiden Geschlechtern das *Kolonkarzinom (C18)*, gefolgt vom *Bronchial- und Lungenkrebs (C34)* bei den Männern und vom *Ovarialkarzinom (C56)* bei den Frauen. Weitere häufige bösartige Tumorerkrankungen sind das *Cervixkarzinom (C53)*, das *Non-Hodgkin-Lymphom (C85)* und das *Rektumkarzinom (C20)*. Addiert man die Anteile des *Kolon- und des Rektumkarzinoms* für beide Geschlechter, so machen diese Tumoren 16,5 % der bösartigen Neubildungen aus und rechtfertigen die Bemühungen um eine Intensivierung der Vorsorgekoloskopie.

Tabelle 5.5

Die häufigsten bösartigen Neubildungen nach AU-Fällen und AU-Tagen bei Männern und Frauen

Rang	ICD	Bezeichnung	AU-Fälle*	AU-Tage*	Tage je Fall
Frauen					
1.	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	2,34	284,7	121,7
2.	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,79	18,7	23,5
3.	C56	Bösartige Neubildung des Ovars	0,13	15,7	125,2
4.	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	0,10	15,6	149,7
5.	C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	0,14	14,9	107,5
6.	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	0,11	9,9	89,5
7.	C80	Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation	0,07	8,7	125,9
8.	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,08	8,0	97,9
9.	D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	0,09	7,9	87,2
10.	C43	Bösartiges Melanom der Haut	0,42	7,9	18,8
Männer					
1.	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	0,71	41,4	58,4
2.	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	0,91	22,5	24,7
3.	C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	0,18	22,0	124,3
4.	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	0,23	21,2	93,2
5.	C62	Bösartige Neubildung des Hodens	0,25	14,2	57,2
6.	C71	Bösartige Neubildung des Gehirns	0,10	12,6	127,0
7.	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	0,45	12,4	27,4
8.	C85	Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms	0,17	12,4	71,2
9.	C16	Bösartige Neubildung des Magens	0,10	11,2	113,7
10.	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	0,12	9,9	80,4

* Je 1.000 Mitglieder ohne Rentner

5.4 Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen

Psychische Störungen haben in den letzten Jahren im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen kontinuierlich an Bedeutung gewonnen (vgl. *Diagramm 5.5*). Der Anteil der psychisch bedingten Fehlzeiten an der gesamten Arbeitsunfähigkeit hat sich bis auf wenige Ausnahmen von Jahr zu Jahr erhöht. Betrug dieser Anteil 1980 noch 2,5% und 1990 3,7%, so überschritt er im Jahr 2000 bereits die 7%-Grenze und lag 2010 bei 12,8%. Bei Pflichtversicherten einschließlich Arbeitslosen wurden 2010 196 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Pflichtmitglieder durch psychische Störungen verursacht (vgl. *Diagramm 5.5* sowie *Tabelle 2 im Anhang*). Somit ist gegenüber dem Vorjahr ein erneuter deutlicher Anstieg zu verzeichnen (168 gegenüber 196 Tage). Der Anteil der psychischen Störungen am Krankenstand hat sich damit in den letzten 30 Jahren mehr als verdreifacht. Sie nehmen inzwischen unter den Diagnosehauptgruppen den vierten, bei

den Frauen sogar den zweiten Rang ein. Die Gründe für die Zunahme sind sowohl in der realen Zunahme der Morbidität als auch in veränderten Diagnosestellungen der Ärzte zu vermuten.

Die häufigste Einzeldiagnose aus dem Bereich der *psychischen Störungen* ist bei beiden Geschlechtern die *depressive Episode* (F32), die bei den Frauen im Jahre 2010 erstmals an die zweite Stelle der häufigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen pro 1.000 Mitglieder vorgerückt ist und bei den Männern weiterhin den dritten Platz einnimmt.

Bei den Frauen lagen die durch psychische Diagnosen begründeten Krankheitszeiten 2010 um 70,6% höher als bei den Männern. Quantitativ standen hierbei die Gruppen *affektive Störungen* (F30-F39) und *neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* (F40-F48, z.B. Reaktionen auf schwere

Belastungen und Anpassungsstörungen) mit jeweils etwa 45% der psychischen Erkrankungstage im Vordergrund (vgl. *Tabelle 5.6*). In beiden Diagnosegruppen wiesen Frauen rund die doppelte Anzahl an Krankheitstagen auf.

Bei Männern kommen als dritte bedeutende Erkrankungsgruppe *psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (F10-F19) hinzu, auf die 2010 6,5% der gemeldeten AU-Tage entfielen. 80,1% hiervon standen in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch. Bei Frauen spielen Suchterkrankungen (F10-F19) bisher eine geringere, aber in letzter Zeit dennoch zunehmende Rolle. Die hierdurch verursachten AU-Tage betragen aktuell etwa 32,5% der Werte für Männer und machten 2010 wie schon 2009 nur ca. 1,6% der für Frauen gemeldeten AU-Tage mit psychischen Diagnosen aus.

Diagramm 5.5

Zunahme der psychischen Störungen (Arbeitsunfähigkeitstage)

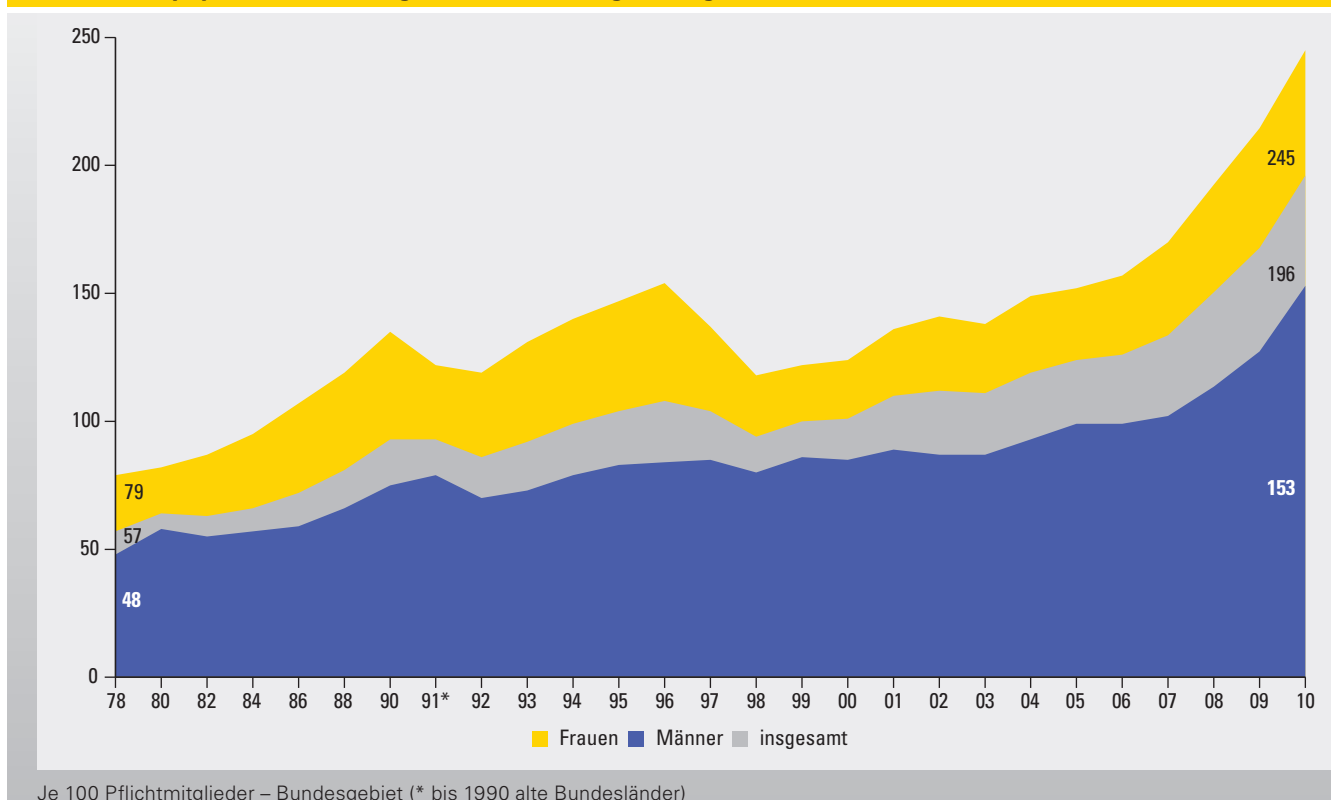
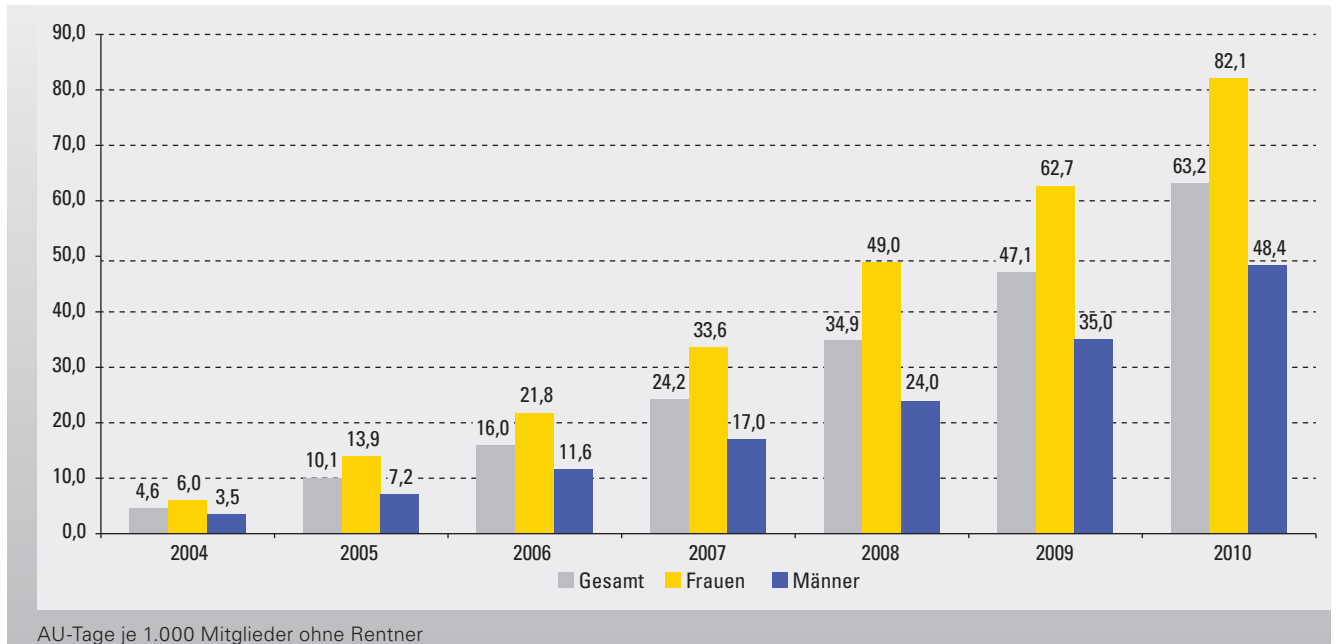


Tabelle 5.6

Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosegruppen: Psychische und Verhaltensstörungen

Diagnoseuntergruppen	Fälle	Männer Tage	Tage je Fall	Fälle	Frauen Tage	Tage je Fall	Fälle	Zusammen Tage	Tage je Fall
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)	0,2	7,7	43,8	0,2	7,8	37,4	0,2	7,8	40,7
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	1,9	87,0	47,1	0,7	36,1	49,0	1,4	64,7	47,5
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)	0,8	48,4	62,6	0,6	41,6	64,8	0,7	45,4	63,5
Affektive Störungen (F30-F39)	11,4	612,6	53,8	20,2	1.061,4	52,7	15,2	809,8	53,1
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	19,2	545,4	28,4	37,8	1.067,9	28,3	27,4	774,9	28,3
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)	0,3	6,6	20,9	0,6	22,3	39,0	0,4	13,5	31,5
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)	0,3	16,4	58,9	0,5	25,8	53,4	0,4	20,5	55,7
Intelligenzminderung (F70-F79)	0,0	0,5	29,0	0,0	0,2	17,0	0,0	0,4	25,0
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	0,0	1,0	53,1	0,0	0,4	22,3	0,0	0,8	39,6
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)	0,1	3,3	29,5	0,1	3,7	33,6	0,1	3,5	31,3
Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99)	0,3	6,9	25,4	0,5	11,8	24,3	0,4	9,1	24,8
Insgesamt (F00-F99)	34,4	1.335,8	38,8	61,2	2.279,1	37,3	46,2	1.750,2	37,9

je 1.000 Mitglieder ohne Rentner – 2010

Diagramm 5.6**Krankheitstage durch das Burn-out-Syndrom – 2004 bis 2010****Burn-out-Syndrom**

Das sogenannte Burn-out ist zwar ein sehr bekanntes und verbreitetes Phänomen, jedoch ist das Burn-out-Syndrom als Krankheitsentität nicht eindeutig definiert und hat bisher keine eigene Kennzeichnung im ICD erhalten. Häufig wird daher das Burn-out-Syndrom unter der Diagnose Z73 „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ eingeordnet oder mit dem ICD-Code F43.0 („Akute Belastungsreaktion“) verschlüsselt. Ab 2004 steigen die Krankheitstage mit der Diagnose Z73 kontinuierlich an. Bis 2010 stieg die Zahl der AU-Tage auf 63,2 pro 1000 Mitglieder, wobei bei Frauen wesentlich

häufiger als bei Männern ein Burn-out-Syndrom ärztlich bescheinigt wird. Von 2004 bis 2010 waren Frauen durchschnittlich 1,7 bis zweimal so viele Tage aufgrund dieser Krankheitsursache arbeitsunfähig wie Männer (vgl. Diagramm 5.6).

Der vorliegende BKK Gesundheitsreport greift im Themenblock „Arbeit und Gesundheit“ insbesondere auch die Belastungen auf, die am und durch den Arbeitsplatz oder durch besondere Lebenssituationen entstehen können. Ausführlich wird in Einzelbeiträgen beispielsweise auf die Themen „Stress und Mehrfachbelastung“ (z.B. durch Pflege von Angehörigen, s. Billinger,

S. 112 ff.), die Herausforderungen einer berufsbedingten räumlichen Mobilität (s. Ruppenthal und Rüger, S. 120 ff.) und die Belastungen durch neue Arbeitsformen eingegangen. Im Themenblock „Gestaltung gesunder Arbeit“ geht es dann u.a. darum, wie einem Burn-out vorgebeugt werden kann (s. Neid und Schweppenhäußer, S. 157 ff.: „Work-Life-Balance: Das gesunde Gleichgewicht zwischen Familie, Beruf und Freizeit“).

Antidepressiva-Verordnungen

Im Zusammenhang mit der beschriebenen Zunahme an psychischen Störungen in den letzten Jahren und Jahrzehnten ist auch eine nähere Betrachtung der Psychopharmaka-Verordnungen von Interesse. Die Gruppe der Psychopharmaka wird nach der ATC-Klassifikation (Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation) in drei Untergruppen unterteilt: die Antipsychotika (Arzneimittelgruppe N05A), die Anxiolytika und Beruhigungsmittel (N05B und N05C) und die Antidepressiva (N06A). Die mit Abstand am häufigsten verordneten Psychopharmaka gehören der Gruppe der Antidepressiva an. Betrachtet man die Anzahl der Einzel-

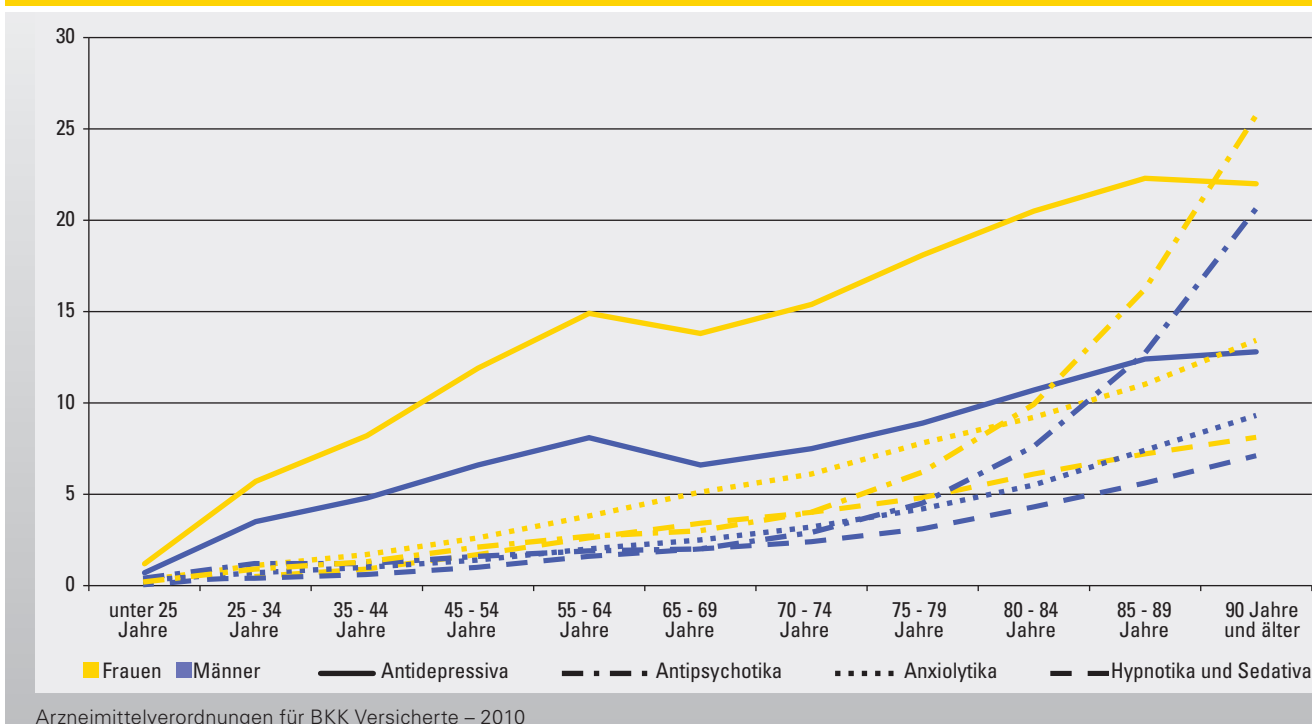
verordnungen, die die beschäftigten Mitglieder im Jahre 2010 erhalten haben, so machen Antidepressiva gut zwei Drittel (67,8%) aller verordneten Psychopharmaka aus, bei der Gesamtheit aller BKK Versicherten ist es immer noch gut die Hälfte (50,6%).

Antidepressiva werden, wie der Name nahelegt, zur Behandlung von depressiven Störungen eingesetzt. Bei der Betrachtung der Verordnungshäufigkeiten ist hierbei aber zu berücksichtigen, dass Antidepressiva auch zur Behandlung anderer psychischer Erkrankungen, wie z.B. Angststörungen, Essstörungen, Zwangserkrankungen oder psychosomatischer Erkrankungen sowie als Bestand-

teil von Schmerztherapien Verwendung finden. Wie bereits beschrieben, ist die *depressive Episode* (F32) die häufigste Einzeldiagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen und belegte bei den Frauen im Jahre 2010 Platz zwei und bei den Männern Platz drei der häufigsten Einzeldiagnosen nach AU-Tagen. Die hohe Prävalenz depressiver Erkrankungen, die weltweit festzustellen ist, hat dazu geführt, dass die WHO die Depressionen zu den Volkskrankheiten rechnet (WHO-Studie „Global burden of disease“). Diese Einstufung spiegelt sich auch in der Verordnungshäufigkeit: Im Durchschnitt erhielten 2010 9,0% der BKK-versicherten Frauen und 4,7% der BKK-versicherten Männer mindestens

Diagramm 5.7

Anteil der Versicherten mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen



eine Antidepressiva-Verordnung, wobei die Verordnungen im Vergleich zum Vorjahr bei Frauen leicht angestiegen und bei Männern leicht gesunken sind (Frauen: +0,5 PP; Männer: -0,9 PP).

Die Verordnungshäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter deutlich an, wobei auch in den höheren Altersgruppen deutlich mehr Frauen als Männer mit Antidepressiva behandelt wurden (*Diagramm 5.7*). So wurden 2010 beispielsweise in der Altersgruppe der 55- bis 64-jährigen BKK Versicherten 14,9% der Frauen und 8,1% der Männer, bei den über 89-jährigen BKK Versicherten 22,0% der Frauen und 12,8% der Männer mit Antidepressiva behandelt.

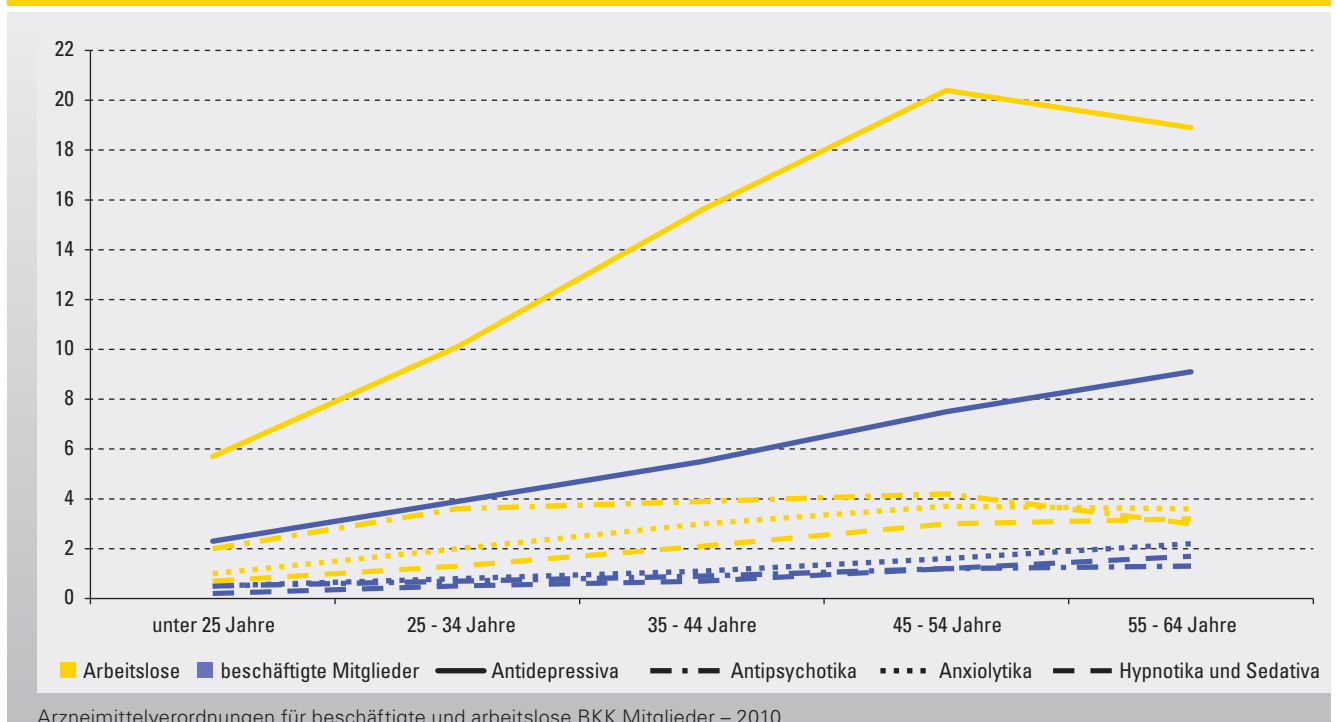
In der Gruppe der Hochbetagten ist darüber hinaus ein deutlicher Anstieg der Verordnung von Antipsychotika zu verzeichnen, wobei nicht selten eine zeitgleiche Verordnung mehrerer Psychopharmaka vorliegen dürfte. Die Tendenz zur Polymedikation im höheren Lebensalter betrifft auch die Therapie psychischer Störungen und bedarf der kritischen Hinterfragung.

Jedoch ist auch bei jüngeren Menschen die Verordnung von Antidepressiva nicht selten: So bekamen 5,7% der 25- bis 34-jährigen Frauen und 8,2% der 35- bis 44-jährigen Frauen Antidepressiva verordnet. Bei den Männern liegen die

se Zahlen bei 3,5% (25- bis 34-Jährige) bzw. 4,8% (35- bis 44-Jährige). Besonders auffällig sind die unterschiedlichen Verordnungszahlen für erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Versicherte bis 64 Jahre (*Diagramm 5.8*): Hier ist die Altersgruppe der 45- bis 54-jährigen Arbeitslosen mit 20,4% der Spitzenreiter, d.h., jeder fünfte Arbeitslose (männlich/weiblich) wurde 2010 mit Antidepressiva behandelt, während der Anteil bei den Erwerbstätigen nur bei 7,5% lag. Dies belegt die Wichtigkeit einer Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen besonders auch im Hinblick auf psychische Erkrankungen (vgl. auch den Sonderbeitrag von Bellwinkel auf Seite 66 ff.).

Diagramm 5.8

Anteil der beschäftigten und arbeitslosen Mitglieder mit Psychopharmaka- und Antidepressiva-Verordnungen



Allerdings zeigen sich nicht nur bei Arbeitslosen, sondern auch bei einigen Berufsgruppen vermehrt behandlungsbedürftige depressive Störungen. Wenn man davon ausgeht, dass die Verordnung von Antidepressiva eine erhebliche Krankheitslast anzeigt, können aus den Verordnungshäufigkeiten Rückschlüsse auf besonders belastete Berufsgruppen innerhalb der beschäftigten Mitglieder gezogen werden. Die Diagramme 5-9 und 5-10 stellen die am häufigsten betroffenen Berufsgruppen und die prozentuale Häufigkeit einer Antidepressiva-Verordnung für das Jahr 2010 dar, aufgeschlüsselt nach Geschlechtern. Zugrunde liegen jeweils Berufe mit mehr als 5.000 Versicherten. Besonders betroffene Berufsgruppen sind bei Männern und Frauen soziale Berufe, wie Sozialarbeiter/-innen und Sozialpfleger/-innen und Krankenpflegehelfer/-innen, aber auch sonstige Montierer/Montierinnen, Warenprüfer- und -sortierer/-innen und

Metallarbeiter/-innen. Allerdings ist bei der Betrachtung der 15 häufigsten betroffenen Berufsgruppen zu beachten, dass wiederum die Frauen deutlich mehr Antidepressiva-Verordnungen erhalten haben als die Männer. Beispiel: Krankenschwestern und Hebammen fielen bei den Frauen im Gegensatz zu den Männern nicht unter die 15 Berufsgruppen, deren Mitglieder am häufigsten von einer Behandlung mit Antidepressiva betroffen waren. Dennoch haben Krankenschwestern und Hebammen zu einem höheren Prozentsatz (7,4%) Antidepressiva erhalten als ihre männlichen Kollegen (Krankenpfleger: 6,3%) (zum Wandel des Berufsbildes der Krankenschwester und den emotionalen Belastungen des Berufes siehe auch den *Sonderbeitrag von Georg, S. 71 ff.*).

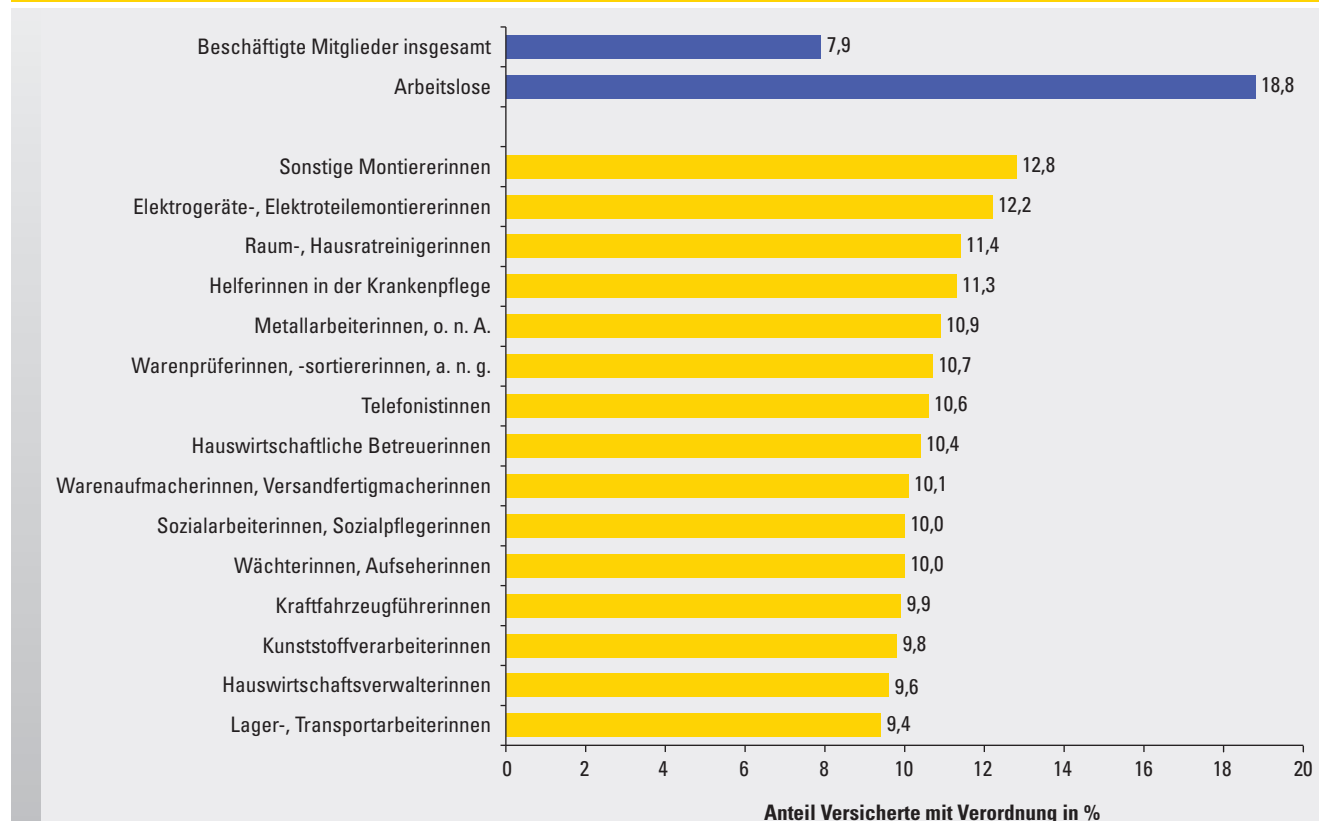
Betrachtet man diese Zahlen, so erscheint eine Auseinandersetzung der Betriebe mit dem Krankheitsbild der

Depression sowie verwandten Störungen wie dem Burn-out-Syndrom unabdingbar. Die Sonderbeiträge aus dem Abschnitt „Gestaltung gesunder Arbeit“ tragen dem Rechnung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass gegenüber dem Vorjahr insgesamt eine weitere leichte Zunahme der Antidepressiva-Verordnungen zu verzeichnen ist. Eine mögliche Ursache hierfür könnte die Verbesserung einer bestehenden Unterversorgung im Bereich der Depressionsbehandlung sein. Allerdings lassen die Daten keine Aussage bezüglich der konkreten Behandlungssituation zu. Da kein direkter Bezug zur Diagnose hergestellt werden kann, ist auch nicht überprüfbar, ob die Zunahme auf die Behandlung von Depressionen oder anderer Erkrankungen und/oder auf zunehmenden Einsatz außerhalb des in der Zulassung genehmigten Anwendungsgebietes (sog. Off-Label-Use)

Diagramm 5.9

Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Frauen



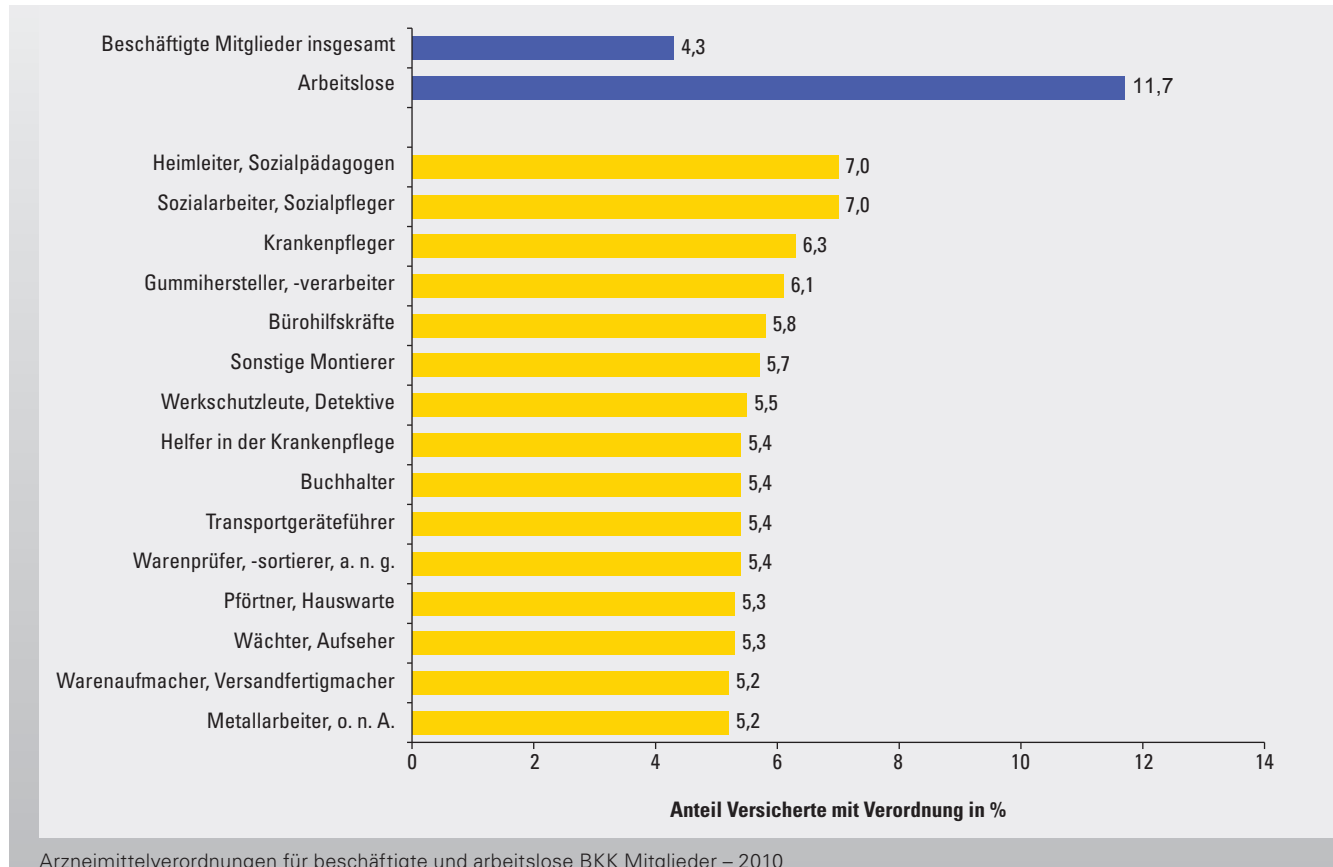
zurückzuführen ist. Auch höhere bzw. zunehmende Prävalenzraten könnten für eine Zunahme der Verordnungshäufigkeit verantwortlich sein. Sehr auffällig ist, wie schon in den Jahren zuvor, dass Frauen fast doppelt so häufig mit Antidepressiva behandelt werden wie Männer. Dies ist einerseits auf die erhöhte Depressionsprävalenz bei Frauen zurückzuführen, könnte aber andererseits auch damit zusammenhängen, dass Frauen ihre psychischen Beschwerden häufiger kommunizieren und früher ärztliche Hilfe suchen als Männer.

Die S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) sieht die Hauptindikation für die Gabe von Antidepressiva bei schwerer und mittelschwerer Depression. Bei leichter Depression besteht keine sichere Überlegenheit einer antidepressiven

Medikation gegenüber Psychotherapie allein. Auch bei mittelschweren und schweren Depressionen wird der zusätzliche Einsatz von Psychotherapie empfohlen. Interessant wäre in diesem Zusammenhang daher auch der Umfang der Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie. Auch wenn man davon ausgeht, dass die Zunahme der Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka eine steigende Prävalenz von psychischen Erkrankungen zugrunde liegt, lassen die hier dargestellten Häufigkeiten keine Aussage über die Behandlungsqualität zu. Die Frage nach der tatsächlichen Qualität der Diagnostik und Therapie depressiver und anderer psychischer Störungen muss Gegenstand weitergehender Versorgungsforschung sein.

Diagramm 5.10

Antidepressiva-Verordnungen nach Erwerbsstatus – Berufsgruppen mit der höchsten Inanspruchnahme – Männer



	Seite
A	
Methodische Hinweise	A 2
B	
Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel	A 4
C	
Verzeichnis der Tabellen	A 9
D	
Tabellenteil	A 11
E	
Autorenverzeichnis	A 104

A Methodische Hinweise

A.1 Datenbasis

Für die diesjährige Gesundheitsberichterstattung konnten nach Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen (s. A. 2.2 *Qualitätssicherung*) die Leistungs- und zugehörigen Versichertendaten von 92,0% der BKK Versicherten und damit 17,4% aller GKV-Versicherten einbezogen werden.

A.1.1 Versichertendaten

Die für den Report verwendeten Versichertendaten stammen hauptsächlich aus dem sogenannten Versichertenkurzsatz, der quartalsweise von den Kassen übermittelt wird. Bei etwaigen Datenlücken in den Versichertenzeiten (eventuell durch fehlende Quartalslieferungen oder durch Fusionen von Kassen hervorgerufen) werden die Versichertendaten aus der amtlichen Mitgliederstatistik als Vergleichs- und Gewichtunggrundlage verwendet.

A.1.2 Arbeitsunfähigkeitsdaten

Die für den Report verwendeten Arbeitsunfähigkeitsdaten basieren hauptsächlich auf den Datenlieferungen der Kassen im Rahmen der quartalsweisen Erstellung der Leistungsstatistiken (KG2, KG8). Im Report werden zusätzlich zu den Ergebnissen 2010 auch die Krankenstand-Entwicklungen der Monate Januar bis September 2011 dargestellt. Diese Daten basieren auf einer Teilerhebung zur Ermittlung der monatsdurchschnittlichen Krankenstände. Für diese Erhebung melden die teilnehmenden Betriebskrankenkassen für ca. vier Mio. BKK Mitglieder jeweils die im Vormonat angefallenen Arbeitsunfähigkeitszeiten für ihre erwerbstätigen BKK Mitglieder. Diese Daten werden dann zeitnah nach verschiedenen Merkmalen wie Branchen, Berufen, Regionen sowie Alter und Geschlecht ausgewertet und liefern damit sehr aktuelle monatsdurchschnittliche Krankenstände, die schon frühzeitig Trends erkennen lassen.

A.1.3 Arzneimitteldaten und Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Arzneimitteldaten basieren auf Datenlieferungen der Apothekenrechenzentren gemäß den Vereinbarungen zum Datenaustausch mit den Leistungserbringern (DALE). Analog werden die Daten der

ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt.

A.1.4 Weitere Datenquellen

Als weitere Quellen wurden herangezogen:

- veröffentlichte Daten und Auswertungen des Statistischen Bundesamtes
- amtliche Statistik der GKV
- Daten und Schlüsselverzeichnisse der Bundesagentur für Arbeit
- Aktuelle Klassifikationsverzeichnisse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

A.2 Methodik

A.2.1 Datenselektion/betrachteter Zeitraum

Für den Gesundheitsreport 2011 werden alle im Jahr 2010 beendeten Leistungsfälle der teilnehmenden Betriebskrankenkassen selektiert und mit den für 2010 ermittelten Versichertenzeiten verbunden.

- Das Auswahlkriterium bei den Arbeitsunfähigkeitsdaten ist ein Fallabschluss im Jahr 2010, also das Ende der Arbeitsunfähigkeit (AU) im Untersuchungszeitraum. Die Falldauer wird über den im Leistungsfall angegebenen Zeitraum AU-Beginn und AU-Ende ermittelt. Dabei wird die volle Dauer der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt, d.h., die Meldefälle enthalten sowohl den Zeitraum der Entgeltfortzahlung als auch Krankengeldzeiten. Ebenso werden Arbeitsunfälle in dieser Statistik berücksichtigt, obwohl hier die Unfallversicherung leistungspflichtig ist. Zu den AU-Zeiten ist einschränkend zu erwähnen, dass Kurzzeiterkrankungen bis zu drei Tagen nur teilweise enthalten sind, da sie nicht immer mit einer ärztlichen Bescheinigung nachgewiesen und somit in den Leistungsdaten dokumentiert werden.

- Bei den Arzneimitteldaten werden alle Einzelverordnungen von apothekenpflichtigen Arzneimitteln – keine Hilfsmittel – berücksichtigt, deren Verordnungsdatum im Jahr 2010 gelegen hat. Ausgeschlossen werden dabei Zahnarztverordnungen und Arzneimittel, die aufgrund von Arbeitsunfällen verordnet worden sind (Kostenübernahme durch Unfallversicherung).

- Bei den ambulanten Diagnosen fließen alle Einzelfallnachweise aus dem Jahr 2010 mit einer gültigen Diagnose in die Auswertungen ein.

A.2.2 Qualitätssicherung/ Datenbereinigung und Datengewichtung

Bevor die Daten für die Auswertungen und damit zur Erstellung der Tabellen, Diagramme und Zahlen im Gesundheitsreport 2011 eingesetzt werden, erfolgen zahlreiche Vollständigkeits- und Plausibilitätskontrollen, gegebenenfalls Datennacherhebung und Datenbereinigung.

- Für alle teilnehmenden Kassen wird geprüft, ob die Leistungs- und die Versichertendaten im erwarteten Umfang (Vergleich zum Vorjahr und Relation der Leistungsfälle zu den entsprechenden Versichertenzahlen) vorliegen. Im Falle unvollständiger oder unplausibler Daten werden Nachlieferungen veranlasst. Sind auch die Nachlieferungen unvollständig oder unplausibel, so werden diese Kassendaten aus allen Datenbeständen komplett oder gegebenenfalls für die entsprechenden Zeiträume ausgeschlossen.
- Die Daten werden auf Doppelsätze geprüft und bereinigt (Fusionsbedingte Doppellieferungen werden ausgeschlossen).
- In den Arbeitsunfähigkeitsdaten werden nur Sätze berücksichtigt, deren Diagnosen laut dem systematischen Verzeichnis der ICD-10-GM (DIMDI) zur Verschlüsselung zugelassen sind.
- Langzeitfälle mit einer AU-Dauer von mehr als 600 Kalendertagen werden ausgeschlossen. Hierunter fallen seltene AU-Fälle, die über den grundsätzlich maximalen Anspruch auf Krankengeld für 78 Wochen hinausgehen.

- Die Versichertenzeiten werden nach Versichertengruppen an der amtlichen Statistik gewichtet, um eventuell unvollständig erfasste Zeiträume auszugleichen. Hierfür werden die Versichertenzahlen kassen- und versichertengruppen-spezifisch mit denen der amtlichen Statistik ins Verhältnis gesetzt. Der daraus resultierende Faktor dient als Gewichtungsfaktor zur Ermittlung der gewichteten Versichertenzeit.

A.2.3 Darstellungsmerkmale, Kenngrößen und verwendete Datenschlüssel

Für den Gesundheitsreport werden die vorliegenden Leistungs- und Versichertendaten nach verschiedenen Darstellungsmerkmalen wie z.B. Versichertengruppen, Alter, Geschlecht, Bundesland, Beruf, aber auch nach arbeitgeberbezogenen Merkmalen wie Branche oder Betriebsgröße zusammengefasst. Hierbei sind einige Besonderheiten zu beachten:

- Bei den AU-Daten wird zu jedem Arbeitsunfähigkeitsfall nur eine Haupt- oder erstgenannte Diagnose der AU-Bescheinigung ausgewertet. Die Diagnosen liegen nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10 (s. aktuelles Klassifikationsverzeichnis des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI) verschlüsselt vor. Die Zusammenfassung der Diagnosen erfolgt entsprechend der ICD-10 nach Kapitel und Gruppen, gelegentlich werden auch Einzeldiagnosen dargestellt.
- Je nach Leistungsbereich und Betrachtungsweise werden für die Ergebnisdarstellung unterschiedliche Versichertengruppen zugrunde gelegt. Welche Gruppen jeweils betrachtet worden sind, ist in den entsprechenden Anschnitten des Gesundheitsreports beschrieben. Die *Tabelle 1* zeigt die betrachteten Versicherten- und deren Zuordnungsmerkmale.
- Für die regionale Gliederung der Daten wurde in diesem Jahr erstmals der aktuelle Kreis-Gemeindeschlüssel und

nicht mehr wie in der Vergangenheit ein 2004 aktualisiertes PLZ-Schlüsselverzeichnis der Deutschen Post genutzt. Im Vergleich zu den regionalen Ergebnissen der Vorjahre kann es etwa durch jüngere Kreisgemeindereformen zu Abweichungen für einzelne Bundesländer oder Landkreise kommen.

- Die Berufe liegen in den Daten gemäß der Klassifizierung der Berufe (Stand: 1988) der Bundesagentur für Arbeit verschlüsselt vor. Der fünfstellige Tätigkeitsschlüssel wird im Gesundheitsreport für drei unterschiedliche Darstellungsmerkmale verwendet. Zunächst ermöglicht er die Ergebniszusammenfassung nach Berufsgruppen und -ordnungen (zwei- bzw. dreistellige Kodierung). Die vierte Stelle des Tätigkeitsschlüssels (Stellung im Beruf) wird zudem für die Identifikation von Teilzeitbeschäftigten sowie von pflichtversicherten Arbeitern und Angestellten verwendet.
- Zur Darstellung der arbeitgeberbezogenen Merkmale wie Branche und Betriebsgrößeklassen wird auf entsprechende Daten der Bundesagentur für Arbeit zurückgegriffen. Der Einteilung der Branchen/Wirtschaftsgruppen liegt die in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik seit 2008 gebräuchliche Systematik der Wirtschaftszweige (WZ 2008) zu Grunde. Die Klassifikation weist im Vergleich zur vorherigen WZ 2003 systematische Veränderungen auf, sodass auf der neuen Systematik basierende Analysen und Berechnungen nicht mehr uneingeschränkt mit denen in älteren Gesundheitsreports vergleichbar sind.

Bei den ermittelten *Kenngrößen* ist folgendes anzumerken:

- Bei den im Gesundheitsreport berichteten Arbeitsunfähigkeitstagen handelt es sich stets um Kalendertage und nicht um betriebliche Ausfall-/Arbeitstage. In einer Annäherung können die betrieblichen Fehlzeiten durch einen Gewichtungsfaktor (220 dividiert durch 365) bestimmt werden (Pro Kalenderjahr werden 220 Arbeitstage gerechnet).
- Bei dem Krankenstand handelt es sich um eine berechnete Kenngröße aus der Zahl der AU-Tage je BKK Versicherte in Bezug auf den betrachteten Zeitraum. So erhält man den Krankenstand eines Jahres rechnerisch aus der Anzahl der AU-Tage je Versicherte im Jahr dividiert durch 365 Kalendertage (als Prozentwert: $\times 100$). Die monatlichen Krankenstände werden analog ermittelt.
- Die Kenngrößen AU-Fälle oder AU-Tage je Versicherte werden in Bezug zu den Versichertenzeiten berechnet, bezeichnen also die AU-Häufigkeit und die AU-Dauer pro Versichertenjahr.
- In einzelnen Kapiteln des Gesundheitsreports werden aus Vergleichsgründen auch alters- sowie geschlechtsstandardisierte Kenngrößen berechnet. Hierfür wurde die Methode der direkten Standardisierung angewendet. Als Standardpopulation dienten die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten 2010 in Deutschland.

Tabelle 1

Versichertengruppen	Besonderheiten
Teilzeitbeschäftigte	Zuordnung über die vierte Stelle im Tätigkeitsschlüssel (Werte = 8, 9)
Pflichtversicherte Arbeiter	Zuordnung über die vierte Stelle im Tätigkeitsschlüssel (Werte = 1, 2)
Pflichtversicherte Angestellte	Zuordnung über die vierte Stelle im Tätigkeitsschlüssel (Werte = 4)
Arbeitslose	Für AU-Auswertungen werden nur die ALG-I-Empfänger berücksichtigt, da die ALG-II-Empfänger keinen Krankengeldanspruch besitzen und somit für sie bei den Krankenkassen i.d.R. auch keine AU-Fälle geführt werden.
Pflichtmitglieder (nur Beschäftigte)	
Pflichtmitglieder insgesamt	
freiwillige Mitglieder (nur Beschäftigte)	
Freiwillige Mitglieder insgesamt	
Beschäftigte Mitglieder insgesamt	
Mitglieder (ohne Rentner)	Für AU-Auswertungen bleiben neben den ALG-II-Empfängern die Wehr- und Zivildienstleistenden, Studenten und sonstige Gruppen unberücksichtigt.
Versicherte insgesamt	Die Versicherten insgesamt umfassen die Mitglieder, Rentner und Angehörige.

B Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel

I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	II. Neubildungen (C00–D48)	III. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50–D89)
A00–A09 Infektiöse Darmkrankheiten	C00–C75 Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen, als primär festgestellt oder vermutet, ausgenommen lymphatisches, blutbildendes und verwandtes Gewebe	D50–D53 Alimentäre Anämien
A15–A19 Tuberkulose	C00–C14 Lippe, Mundhöhle und Pharynx	D55–D59 Hämolytische Anämien
A20–A28 Bestimmte bakterielle Zoonosen	C15–C26 Verdauungsorgane	D60–D64 Aplastische und sonstige Anämien
A30–A49 Sonstige bakterielle Krankheiten	C30–C39 Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe	D65–D69 Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen
A50–A64 Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden	C40–C41 Knochen und Gelenkknorpel	D70–D77 Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
A65–A69 Sonstige Spirochätenkrankheiten	C43–C44 Haut	D80–D89 Bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
A70–A74 Sonstige Krankheiten durch Chlamydien	C45–C49 Mesotheliales Gewebe und Weichteilgewebe	
A75–A79 Rickettsiosen	C50 Brustdrüse (Mamma)	
A80–A89 Virusinfektionen des Zentralnervensystems	C51–C58 Weibliche Genitalorgane	
A90–A99 Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten und virale hämorrhagische Fieber	C60–C63 Männliche Genitalorgane	
B00–B09 Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind	C64–C68 Harnorgane	
B15–B19 Virushepatitis	C69–C72 Augen, Gehirn und sonstige Teile des Zentralnervensystems	
B20–B24 HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)	C73–C75 Schilddrüse und sonstige endokrine Drüsen	
B25–B34 Sonstige Viruskrankheiten	C76–C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisation	
B35–B49 Mykosen	C81–C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet	
B50–B64 Protozoenkrankheiten	C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	
B65–B83 Helminthosen	D00–D09 In-situ-Neubildungen	
B85–B89 Pedikulose (Läusebefall), Akarionose (Milbenbefall) und sonstiger Parasitenbefall der Haut	D10–D36 Gutartige Neubildungen	
B90–B94 Folgezustände von infektiösen und parasitären Krankheiten	D37–D48 Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens (siehe Hinweis am Anfang der Krankheitsgruppe D37–D48)	
B95–B97 Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind		
B99 Sonstige Infektionskrankheiten		
		IV. Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)
		E00–E07 Krankheiten der Schilddrüse
		E10–E14 Diabetes mellitus
		E15–E16 Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas
		E20–E35 Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
		E40–E46 Mangelernährung
		E50–E64 Sonstige alimentäre Mangelzustände
		E65–E68 Adipositas und sonstige Überernährung
		E70–E90 Stoffwechselstörungen

V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	VII. Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)	IX. Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)
F00–F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	H00–H06 Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	I00–I02 Akutes rheumatisches Fieber
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	H10–H13 Affektionen der Konjunktiva	I05–I09 Chronische rheumatische Herzkrankheiten
F20–F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	H15–H22 Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	I10–I15 Hypertonie (Hochdruckkrankheiten)
F30–F39 Affektive Störungen	H25–H28 Affektionen der Linse	I20–I25 Ischämische Herzkrankheiten
F40–F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	H30–H36 Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	I26–I28 Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes
F50–F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	H40–H42 Glaukom	I30–I52 Sonstige Formen der Herzkrankheiten
F60–F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	H43–H45 Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels	I60–I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten
F70–F79 Intelligenzminderung	H46–H48 Affektionen des N. opticus und der Sehbahn	I70–I79 Krankheiten der Arterien, Arterio- len und Kapillaren
F80–F89 Entwicklungsstörungen	H49–H52 Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	I80–I89 Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert
F90–F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	H53–H54 Sehstörungen und Blindheit	I95–I99 Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	H55–H59 Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VI. Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	VIII. Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60–H95)	X. Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)
G00–G09 Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems	H60–H62 Krankheiten des äußeren Ohres	J00–J06 Akute Infektionen der oberen Atemwege
G10–G13 Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	H65–H75 Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	J10–J18 Grippe und Pneumonie
G20–G26 Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	H80–H83 Krankheiten des Innenohres	J20–J22 Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege
G30–G32 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	H90–H95 Sonstige Krankheiten des Ohres	J30–J39 Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
G35–G37 Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems		J40–J47 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
G40–G47 Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems		J60–J70 Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen
G50–G59 Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus		J80–J84 Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
G60–G64 Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems		J85–J86 Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege
G70–G73 Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels		J90–J94 Sonstige Krankheiten der Pleura
G80–G83 Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome		J95–J99 Sonstige Krankheiten des Atmungssystems
G90–G99 Sonstige Krankheiten des Nervensystems		

XI. Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)

- K00–K14 Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer
- K20–K31 Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums
- K35–K38 Krankheiten der Appendix
- K40–K46 Hernien
- K50–K52 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis
- K55–K63 Sonstige Krankheiten des Darmes
- K65–K67 Krankheiten des Peritoneums
- K70–K77 Krankheiten der Leber
- K80–K87 Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas
- K90–K93 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems

XII. Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)

- L00–L08 Infektionen der Haut und der Unterhaut
- L10–L14 Bullöse Dermatosen
- L20–L30 Dermatitis und Ekzem
- L40–L45 Papulosquamöse Hautkrankheiten
- L50–L54 Urtikaria und Erythem
- L55–L59 Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
- L60–L75 Krankheiten der Hautanhangsgebilde
- L80–L99 Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut

XIII. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)

- M00–M25 Arthropathien
- M00–M03 Infektiöse Arthropathien
- M05–M14 Entzündliche Polyarthropathien
- M15–M19 Arthrose
- M20–M25 Sonstige Gelenkrankheiten
- M30–M36 Systemkrankheiten des Bindegewebes
- M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- M40–M43 Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
- M45–M49 Spondylopathien
- M50–M54 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
- M60–M79 Krankheiten der Weichteilgewebe
- M60–M63 Krankheiten der Muskeln
- M65–M68 Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
- M70–M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes
- M80–M94 Osteopathien und Chondropathien
- M80–M85 Veränderungen der Knochen-dichte und -struktur
- M86–M90 Sonstige Osteopathien
- M91–M94 Chondropathien
- M95–M99 Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)

- N00–N08 Glomeruläre Krankheiten
- N10–N16 Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten
- N17–N19 Niereninsuffizienz
- N20–N23 Urolithiasis
- N25–N29 Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters
- N30–N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems
- N40–N51 Krankheiten der männlichen Genitalorgane
- N60–N64 Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]
- N70–N77 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
- N80–N98 Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
- N99 Sonstige Krankheiten des Urogenitalsystems

XV. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)

- O00–O08 Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
- O09 Schwangerschaftsdauer
- O10–O16 Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
- O20–O29 Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
- O30–O48 Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen
- O60–O75 Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung
- O80–O82 Entbindung
- O85–O92 Komplikationen, die vorwiegend im Wochenbett auftreten
- O95–O99 Sonstige Krankheitszustände während der Gestationsperiode, die anderenorts nicht klassifiziert sind

XVI. Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)	XVII. Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)	XVIII. Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00–R99)
P00–P04 Schädigung des Feten und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren und durch Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung	Q00–Q07 Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	R00–R09 Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen
P05–P08 Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum	Q10–Q18 Angeborene Fehlbildungen des Auges, des Ohres, des Gesichtes und des Halses	R10–R19 Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen
P10–P15 Geburtstrauma	Q20–Q28 Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems	R20–R23 Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen
P20–P29 Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	Q30–Q34 Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems	R25–R29 Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen
P35–P39 Infektionen, die für die Perinatalperiode spezifisch sind	Q35–Q37 Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte	R30–R39 Symptome, die das Harnsystem betreffen
P50–P61 Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Feten und Neugeborenen	Q38–Q45 Sonstige angeborene Fehlbildungen des Verdauungssystems	R40–R46 Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen
P70–P74 Transitorische endokrine und Stoffwechselstörungen, die für den Feten und das Neugeborene spezifisch sind	Q50–Q56 Angeborene Fehlbildungen der Genitalorgane	R47–R49 Symptome, die die Sprache und die Stimme betreffen
P75–P78 Krankheiten des Verdauungssystems beim Feten und Neugeborenen	Q60–Q64 Angeborene Fehlbildungen des Harnsystems	R50–R69 Allgemeinsymptome
P80–P83 Krankheitszustände mit Beteiligung der Haut und der Temperaturregulation beim Feten und Neugeborenen	Q65–Q79 Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems	R70–R79 Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
P90–P96 Sonstige Störungen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	Q80–Q89 Sonstige angeborene Fehlbildungen	R80–R82 Abnorme Urinuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose
	Q90–Q99 Chromosomenanomalien, anderenorts nicht klassifiziert	R83–R89 Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei der Untersuchung anderer Körperflüssigkeiten, Substanzen und Gewebe
		R90–R94 Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen
		R95–R99 Ungenau bezeichnete und unbekannte Todesursachen

B Verzeichnis der Diagnosegruppen nach dem ICD-10-Schlüssel

XIX. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)

S00–S09	Verletzungen des Kopfes
S10–S19	Verletzungen des Halses
S20–S29	Verletzungen des Thorax
S30–S39	Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
S40–S49	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
S50–S59	Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
S70–S79	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
T00–T07	Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen
T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen
T15–T19	Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch eine natürliche Körperöffnung
T20–T31	Verbrennungen oder Verätzungen
T20–T25	Verbrennungen oder Verätzungen der äußeren Körperoberfläche, Lokalisation bezeichnen T26–T28
	Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind T29–T31
	Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen
T33–T35	Erfrierungen

T36–T50	Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen
T51–T65	Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht medizinisch verwendeten Substanzen
T66–T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen
T79	Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas
T80–T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert
T89	Sonstige Komplikationen eines Traumas, anderenorts nicht klassifiziert
T90–T98	Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen

XX. Äußere Ursachen von Morbidity und Mortality (V01–Y98)

V01–X59	Unfälle
X60–X84	Vorsätzliche Selbstbeschädigung
X85–Y09	Tätlicher Angriff
Y10–Y34	Ereignis, dessen nähere Umstände unbestimmt sind
Y35–Y36	Gesetzliche Maßnahmen und Kriegshandlungen
Y40–Y84	Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung

XXI. Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen (Z00–Z99)

Z00–Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen
Z20–Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten
Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen
Z40–Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen
Z55–Z65	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
Z70–Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen
Z80–Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen

Tabelle 1:	Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder im Bundesgebiet (West, Ost, Gesamt)	A 11
Tabelle 2:	Arbeitsunfähigkeit nach Versichertengruppen	A 15
Tabelle 3:	Krankengeldleistungen der beschäftigten Pflichtmitglieder	A 23
Tabelle 4:	Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Wirtschaftsgruppen	A 25
Tabelle 4a:	Beschäftigte BKK-Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen im Bundesgebiet	A 53
Tabelle 5:	Arbeitsunfälle der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Wirtschaftsgruppen	A 55
Tabelle 6:	Arbeitsunfähigkeit der Pflichtmitglieder (insgesamt) nach Bundesländern (Wohnort)	A 67
Tabelle 7:	Arbeitsunfähigkeit der Pflichtmitglieder (insgesamt) nach dem Alter	A 85
Tabelle 7a:	Arbeitsunfähigkeit älterer ArbeitnehmerInnen in ausgewählten Berufen	A 91
Tabelle 8:	Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder nach der Dauer	A 95
Tabelle 9:	Die häufigsten Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeit (Mitglieder ohne Rentner)	A 97



Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder im Bundesgebiet

1

West

Seite

A 12

Ost

A 13

Gesamt

A 14

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	263.405	1.472.986	11,26	63,0	5,6
	Frauen	226.362	1.234.249	10,91	59,5	5,5
	insgesamt	489.767	2.707.235	11,09	61,3	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	31.171	970.122	1,33	41,5	31,1
	Frauen	33.988	1.419.273	1,64	68,4	41,8
	insgesamt	65.159	2.389.395	1,48	54,1	36,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	12.455	218.046	0,53	9,3	17,5
	Frauen	11.283	202.924	0,54	9,8	18,0
	insgesamt	23.738	420.970	0,54	9,5	17,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	90.427	3.283.323	3,87	140,4	36,3
	Frauen	130.130	4.546.788	6,27	219,1	34,9
	insgesamt	220.557	7.830.111	5,00	177,4	35,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	44.789	789.191	1,91	33,7	17,6
	Frauen	62.326	850.251	3,00	41,0	13,6
	insgesamt	107.115	1.639.442	2,43	37,1	15,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	29.115	226.347	1,24	9,7	7,8
	Frauen	22.892	164.472	1,10	7,9	7,2
	insgesamt	52.007	390.819	1,18	8,9	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	32.783	302.992	1,40	13,0	9,2
	Frauen	30.636	281.327	1,48	13,6	9,2
	insgesamt	63.419	584.319	1,44	13,2	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	77.421	1.835.440	3,31	78,5	23,7
	Frauen	57.555	904.222	2,77	43,6	15,7
	insgesamt	134.976	2.739.662	3,06	62,1	20,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	724.791	4.761.977	30,98	203,6	6,6
	Frauen	719.126	4.449.456	34,65	214,4	6,2
	insgesamt	1.443.917	9.211.433	32,71	208,7	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	319.002	2.133.025	13,64	91,2	6,7
	Frauen	261.891	1.505.215	12,62	72,5	5,8
	insgesamt	580.893	3.638.240	13,16	82,4	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	42.436	559.395	1,81	23,9	13,2
	Frauen	26.264	289.670	1,27	14,0	11,0
	insgesamt	68.700	849.065	1,56	19,2	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	551.791	10.421.408	23,59	445,5	18,9
	Frauen	331.350	6.733.412	15,96	324,4	20,3
	insgesamt	883.141	17.154.820	20,00	388,6	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	30.035	364.222	1,28	15,6	12,1
	Frauen	82.938	759.110	4,00	36,6	9,2
	insgesamt	112.973	1.123.332	2,56	25,5	9,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	40.816	528.144	1,97	25,5	12,9
	insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	123.714	1.261.475	5,29	53,9	10,2
	Frauen	140.677	1.317.757	6,78	63,5	9,4
	insgesamt	264.391	2.579.232	5,99	58,4	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	294.953	5.841.717	12,61	249,7	19,8
	Frauen	149.982	2.839.460	7,23	136,8	18,9
	insgesamt	444.935	8.681.177	10,08	196,6	19,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	27.964	571.664	1,20	24,4	20,4
	Frauen	41.853	815.237	2,02	39,3	19,5
	insgesamt	69.817	1.386.901	1,58	31,4	19,9
Zusammen	Männer	2.701.478	35.130.322	115,49	1.501,8	13,0
	Frauen	2.376.282	28.977.760	114,49	1.396,2	12,2
	insgesamt	5.077.760	64.108.082	115,02	1.452,1	12,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	102.726	2.159.615	4,39	92,3	21,0
	Frauen	40.244	781.174	1,94	37,6	19,4
	insgesamt	142.970	2.940.789	3,24	66,6	20,6

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	26.763	179.327	8,53	57,1	6,7
	Frauen	27.516	182.556	9,85	65,3	6,6
	insgesamt	54.279	361.883	9,15	61,0	6,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	5.678	171.843	1,81	54,8	30,3
	Frauen	7.566	284.110	2,71	101,7	37,6
	insgesamt	13.244	455.953	2,23	76,9	34,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.278	42.621	0,73	13,6	18,7
	Frauen	2.269	44.683	0,81	16,0	19,7
	insgesamt	4.547	87.304	0,77	14,7	19,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.803	336.241	3,44	107,1	31,1
	Frauen	21.372	722.769	7,65	258,7	33,8
	insgesamt	32.175	1.059.010	5,42	178,5	32,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.110	111.384	1,63	35,5	21,8
	Frauen	9.530	138.990	3,41	49,8	14,6
	insgesamt	14.640	250.374	2,47	42,2	17,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.754	43.678	1,51	13,9	9,2
	Frauen	4.450	30.492	1,59	10,9	6,9
	insgesamt	9.204	74.170	1,55	12,5	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.369	46.254	1,39	14,7	10,6
	Frauen	4.869	53.212	1,74	19,1	10,9
	insgesamt	9.238	99.466	1,56	16,8	10,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	14.033	371.680	4,47	118,4	26,5
	Frauen	12.640	221.855	4,52	79,4	17,6
	insgesamt	26.673	593.535	4,50	100,0	22,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	85.311	699.210	27,18	222,8	8,2
	Frauen	102.672	821.357	36,75	294,0	8,0
	insgesamt	187.983	1.520.567	31,69	256,3	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	50.165	357.570	15,98	113,9	7,1
	Frauen	49.735	290.240	17,80	103,9	5,8
	insgesamt	99.900	647.810	16,84	109,2	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.949	84.403	1,90	26,9	14,2
	Frauen	4.720	51.348	1,69	18,4	10,9
	insgesamt	10.669	135.751	1,80	22,9	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	69.124	1.430.537	22,02	455,8	20,7
	Frauen	53.898	1.139.931	19,29	408,0	21,2
	insgesamt	123.022	2.570.468	20,74	433,3	20,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	4.197	57.832	1,34	18,4	13,8
	Frauen	15.354	178.956	5,50	64,1	11,7
	insgesamt	19.551	236.788	3,30	39,9	12,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	5.395	80.041	1,93	28,7	14,8
	insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	11.712	137.171	3,73	43,7	11,7
	Frauen	17.023	179.648	6,09	64,3	10,6
	insgesamt	28.735	316.819	4,84	53,4	11,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	41.118	929.491	13,10	296,1	22,6
	Frauen	23.606	507.532	8,45	181,7	21,5
	insgesamt	64.724	1.437.023	10,91	242,2	22,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.727	72.561	1,19	23,1	19,5
	Frauen	6.331	134.076	2,27	48,0	21,2
	insgesamt	10.058	206.637	1,70	34,8	20,5
Zusammen	Männer	345.767	5.085.505	110,16	1.620,2	14,7
	Frauen	369.916	5.083.775	132,40	1.819,5	13,7
	insgesamt	715.683	10.169.280	120,63	1.714,1	14,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	17.169	403.807	5,47	128,7	23,5
	Frauen	8.714	189.578	3,12	67,9	21,8
	insgesamt	25.883	593.385	4,36	100,0	22,9

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	290.168	1.652.313	10,94	62,3	5,7
	Frauen	253.878	1.416.805	10,78	60,2	5,6
	insgesamt	544.046	3.069.118	10,86	61,3	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	36.849	1.141.965	1,39	43,0	31,0
	Frauen	41.554	1.703.383	1,76	72,3	41,0
	insgesamt	78.403	2.845.348	1,57	56,8	36,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	14.733	260.667	0,56	9,8	17,7
	Frauen	13.552	247.607	0,58	10,5	18,3
	insgesamt	28.285	508.274	0,56	10,2	18,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	101.230	3.619.564	3,82	136,4	35,8
	Frauen	151.502	5.269.557	6,43	223,8	34,8
	insgesamt	252.732	8.889.121	5,05	177,5	35,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	49.899	900.575	1,88	33,9	18,1
	Frauen	71.856	989.241	3,05	42,0	13,8
	insgesamt	121.755	1.889.816	2,43	37,7	15,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	33.869	270.025	1,28	10,2	8,0
	Frauen	27.342	194.964	1,16	8,3	7,1
	insgesamt	61.211	464.989	1,22	9,3	7,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	37.152	349.246	1,40	13,2	9,4
	Frauen	35.505	334.539	1,51	14,2	9,4
	insgesamt	72.657	683.785	1,45	13,7	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	91.454	2.207.120	3,45	83,2	24,1
	Frauen	70.195	1.126.077	2,98	47,8	16,0
	insgesamt	161.649	3.333.197	3,23	66,6	20,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	810.102	5.461.187	30,53	205,8	6,7
	Frauen	821.798	5.270.813	34,90	223,8	6,4
	insgesamt	1.631.900	10.732.000	32,59	214,3	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	369.167	2.490.595	13,91	93,9	6,8
	Frauen	311.626	1.795.455	13,23	76,2	5,8
	insgesamt	680.793	4.286.050	13,59	85,6	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	48.385	643.798	1,82	24,3	13,3
	Frauen	30.984	341.018	1,32	14,5	11,0
	insgesamt	79.369	984.816	1,58	19,7	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	620.915	11.851.945	23,40	446,7	19,1
	Frauen	385.248	7.873.343	16,36	334,3	20,4
	insgesamt	1.006.163	19.725.288	20,09	393,9	19,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	34.232	422.054	1,29	15,9	12,3
	Frauen	98.292	938.066	4,17	39,8	9,5
	insgesamt	132.524	1.360.120	2,65	27,2	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	46.211	608.185	1,96	25,8	13,2
	insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	135.426	1.398.646	5,10	52,7	10,3
	Frauen	157.700	1.497.405	6,70	63,6	9,5
	insgesamt	293.126	2.896.051	5,85	57,8	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	336.071	6.771.208	12,67	255,2	20,2
	Frauen	173.588	3.346.992	7,37	142,1	19,3
	insgesamt	509.659	10.118.200	10,18	202,0	19,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	31.691	644.225	1,19	24,3	20,3
	Frauen	48.184	949.313	2,05	40,3	19,7
	insgesamt	79.875	1.593.538	1,59	31,8	20,0
Zusammen	Männer	3.047.245	40.215.827	114,86	1.515,8	13,2
	Frauen	2.746.198	34.061.535	116,62	1.446,4	12,4
	insgesamt	5.793.443	74.277.362	115,68	1.483,2	12,8
davon Arbeitsunfälle	Männer	119.895	2.563.422	4,52	96,6	21,4
	Frauen	48.958	970.752	2,08	41,2	19,8
	insgesamt	168.853	3.534.174	3,37	70,6	20,9

Arbeitsunfähigkeit nach Versichertengruppen

2

	Seite
Pflichtmitglieder insgesamt	A 16
Pflichtversicherte Arbeiter	A 17
Pflichtversicherte Angestellte	A 18
Teilzeitbeschäftigte	A 19
Beschäftigte freiwillige Mitglieder	A 20
Arbeitslose	A 21

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	295.268	1.699.695	10,72	61,7	5,8
	Frauen	258.278	1.455.490	10,59	59,7	5,6
	Ingesamt	553.546	3.155.185	10,65	60,7	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	37.832	1.240.961	1,37	45,0	32,8
	Frauen	42.634	1.820.976	1,75	74,6	42,7
	Ingesamt	80.466	3.061.937	1,55	58,9	38,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	15.201	284.354	0,55	10,3	18,7
	Frauen	13.996	267.992	0,57	11,0	19,2
	Ingesamt	29.197	552.346	0,56	10,6	18,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	108.141	4.216.976	3,92	153,0	39,0
	Frauen	160.159	5.965.982	6,57	244,6	37,3
	Ingesamt	268.300	10.182.958	5,16	196,0	38,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	51.651	988.225	1,87	35,9	19,1
	Frauen	74.079	1.064.700	3,04	43,6	14,4
	Ingesamt	125.730	2.052.925	2,42	39,5	16,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	34.397	282.992	1,25	10,3	8,2
	Frauen	27.777	205.513	1,14	8,4	7,4
	Ingesamt	62.174	488.505	1,20	9,4	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	37.821	365.718	1,37	13,3	9,7
	Frauen	36.151	349.710	1,48	14,3	9,7
	Ingesamt	73.972	715.428	1,42	13,8	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	94.200	2.389.087	3,42	86,7	25,4
	Frauen	72.038	1.192.826	2,95	48,9	16,6
	Ingesamt	166.238	3.581.913	3,20	69,0	21,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	822.878	5.610.458	29,86	203,6	6,8
	Frauen	835.088	5.414.770	34,23	222,0	6,5
	Ingesamt	1.657.966	11.025.228	31,91	212,2	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	375.695	2.614.116	13,63	94,9	7,0
	Frauen	317.128	1.875.540	13,00	76,9	5,9
	Ingesamt	692.823	4.489.656	13,34	86,4	6,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	49.433	677.479	1,79	24,6	13,7
	Frauen	31.679	363.176	1,30	14,9	11,5
	Ingesamt	81.112	1.040.655	1,56	20,0	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	639.204	12.765.750	23,20	463,3	20,0
	Frauen	398.759	8.549.483	16,35	350,5	21,4
	Ingesamt	1.037.963	21.315.233	19,98	410,3	20,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	35.018	445.601	1,27	16,2	12,7
	Frauen	100.247	975.280	4,11	40,0	9,7
	Ingesamt	135.265	1.420.881	2,60	27,4	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	0	0	0,00	0,0	0,0
	Frauen	47.025	628.066	1,93	25,8	13,4
	Ingesamt	47.025	628.066	0,91	12,1	13,4
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	138.482	1.488.526	5,03	54,0	10,8
	Frauen	161.337	1.589.359	6,61	65,2	9,9
	Ingesamt	299.819	3.077.885	5,77	59,2	10,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	342.137	7.037.904	12,42	255,4	20,6
	Frauen	177.356	3.501.866	7,27	143,6	19,7
	Ingesamt	519.493	10.539.770	10,00	202,9	20,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	32.463	685.587	1,18	24,9	21,1
	Frauen	49.329	1.003.529	2,02	41,1	20,3
	Ingesamt	81.792	1.689.116	1,57	32,5	20,7
Zusammen	Männer	3.115.899	42.936.822	113,07	1.558,1	13,8
	Frauen	2.810.459	36.393.162	115,20	1.491,8	13,0
	Ingesamt	5.926.358	79.329.984	114,07	1.527,0	13,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	120.813	2.610.575	4,38	94,7	21,6
	Frauen	49.411	991.926	2,03	40,7	20,1
	Ingesamt	170.224	3.602.501	3,28	69,3	21,2

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	152.857	947.833	10,38	64,4	6,2
	Frauen	31.846	204.573	10,90	70,0	6,4
	Ingesamt	184.703	1.152.406	10,47	65,3	6,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	21.934	698.206	1,49	47,4	31,8
	Frauen	5.475	257.573	1,87	88,2	47,1
	Ingesamt	27.409	955.779	1,55	54,2	34,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	9.375	168.282	0,64	11,4	18,0
	Frauen	1.931	41.304	0,66	14,1	21,4
	Ingesamt	11.306	209.586	0,64	11,9	18,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	54.360	1.872.085	3,69	127,1	34,4
	Frauen	20.862	711.905	7,14	243,7	34,1
	Ingesamt	75.222	2.583.990	4,26	146,4	34,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	29.584	611.596	2,01	41,5	20,7
	Frauen	10.639	194.726	3,64	66,7	18,3
	Ingesamt	40.223	806.322	2,28	45,7	20,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	20.078	165.495	1,36	11,2	8,2
	Frauen	3.400	28.948	1,16	9,9	8,5
	Ingesamt	23.478	194.443	1,33	11,0	8,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	20.405	207.776	1,39	14,1	10,2
	Frauen	4.184	45.116	1,43	15,4	10,8
	Ingesamt	24.589	252.892	1,39	14,3	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	57.783	1.475.122	3,92	100,2	25,5
	Frauen	11.726	212.902	4,01	72,9	18,2
	Ingesamt	69.509	1.688.024	3,94	95,7	24,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	430.483	3.215.211	29,23	218,3	7,5
	Frauen	95.494	750.871	32,69	257,0	7,9
	Ingesamt	525.977	3.966.082	29,80	224,7	7,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	210.737	1.542.280	14,31	104,7	7,3
	Frauen	43.400	279.356	14,85	95,6	6,4
	Ingesamt	254.137	1.821.636	14,40	103,2	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	30.126	429.230	2,05	29,2	14,3
	Frauen	5.159	64.820	1,77	22,2	12,6
	Ingesamt	35.285	494.050	2,00	28,0	14,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	436.340	8.757.699	29,63	594,7	20,1
	Frauen	77.154	1.822.546	26,41	623,8	23,6
	Ingesamt	513.494	10.580.245	29,10	599,5	20,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	20.251	264.130	1,38	17,9	13,0
	Frauen	13.144	154.842	4,50	53,0	11,8
	Ingesamt	33.395	418.972	1,89	23,7	12,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	0	0	0,00	0,0	0,0
	Frauen	4.953	71.542	1,70	24,5	14,4
	Ingesamt	4.953	71.542	0,28	4,1	14,4
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	75.660	885.712	5,14	60,1	11,7
	Frauen	22.370	254.510	7,66	87,1	11,4
	Ingesamt	98.030	1.140.222	5,55	64,6	11,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	215.363	4.664.367	14,62	316,7	21,7
	Frauen	29.719	633.534	10,17	216,8	21,3
	Ingesamt	245.082	5.297.901	13,89	300,2	21,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	17.859	371.445	1,21	25,2	20,8
	Frauen	6.019	130.145	2,06	44,6	21,6
	Ingesamt	23.878	501.590	1,35	28,4	21,0
Zusammen	Männer	1.806.768	26.358.905	122,69	1.789,9	14,6
	Frauen	388.580	5.889.426	133,00	2.015,8	15,2
	Ingesamt	2.195.348	32.248.331	124,40	1.827,3	14,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	87.057	1.928.650	5,91	131,0	22,2
	Frauen	11.152	245.792	3,82	84,1	22,0
	Ingesamt	98.209	2.174.442	5,56	123,2	22,1

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	63.192	352.157	8,34	46,5	5,6
	Frauen	107.025	584.615	9,79	53,5	5,5
	Ingesamt	170.217	936.772	9,20	50,6	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	8.296	241.381	1,10	31,9	29,1
	Frauen	18.362	684.570	1,68	62,6	37,3
	Ingesamt	26.658	925.951	1,44	50,0	34,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.931	51.012	0,39	6,7	17,4
	Frauen	5.918	95.558	0,54	8,7	16,2
	Ingesamt	8.849	146.570	0,48	7,9	16,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	26.787	1.039.584	3,54	137,3	38,8
	Frauen	64.857	2.304.146	5,93	210,8	35,5
	Ingesamt	91.644	3.343.730	4,95	180,7	36,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9.732	154.260	1,28	20,4	15,9
	Frauen	29.991	359.352	2,74	32,9	12,0
	Ingesamt	39.723	513.612	2,15	27,8	12,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.307	58.349	0,96	7,7	8,0
	Frauen	12.100	79.802	1,11	7,3	6,6
	Ingesamt	19.407	138.151	1,05	7,5	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	8.989	84.388	1,19	11,1	9,4
	Frauen	15.592	141.546	1,43	13,0	9,1
	Ingesamt	24.581	225.934	1,33	12,2	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	17.884	402.073	2,36	53,1	22,5
	Frauen	27.538	413.561	2,52	37,8	15,0
	Ingesamt	45.422	815.634	2,45	44,1	18,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	191.091	1.181.706	25,23	156,0	6,2
	Frauen	364.736	2.238.721	33,36	204,8	6,1
	Ingesamt	555.827	3.420.427	30,03	184,8	6,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	77.665	486.597	10,25	64,2	6,3
	Frauen	131.648	712.143	12,04	65,1	5,4
	Ingesamt	209.313	1.198.740	11,31	64,8	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	8.440	100.539	1,11	13,3	11,9
	Frauen	12.223	124.433	1,12	11,4	10,2
	Ingesamt	20.663	224.972	1,12	12,2	10,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	92.245	1.604.776	12,18	211,9	17,4
	Frauen	136.602	2.472.062	12,50	226,1	18,1
	Ingesamt	228.847	4.076.838	12,37	220,3	17,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.679	86.190	1,01	11,4	11,2
	Frauen	41.982	372.386	3,84	34,1	8,9
	Ingesamt	49.661	458.576	2,68	24,8	9,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	0	0	0,00	0,0	0,0
	Frauen	26.728	336.460	2,44	30,8	12,6
	Ingesamt	26.728	336.460	1,44	18,2	12,6
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	26.171	266.368	3,46	35,2	10,2
	Frauen	65.279	585.874	5,97	53,6	9,0
	Ingesamt	91.450	852.242	4,94	46,1	9,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	48.767	953.873	6,44	125,9	19,6
	Frauen	63.965	1.179.969	5,85	107,9	18,5
	Ingesamt	112.732	2.133.842	6,09	115,3	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.781	166.333	1,03	22,0	21,4
	Frauen	22.764	428.505	2,08	39,2	18,8
	Ingesamt	30.545	594.838	1,65	32,1	19,5
Zusammen	Männer	606.130	7.255.319	80,03	957,9	12,0
	Frauen	1.150.240	13.174.292	105,22	1.205,1	11,5
	Ingesamt	1.756.370	20.429.611	94,91	1.103,9	11,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.923	272.876	1,57	36,0	22,9
	Frauen	15.929	299.446	1,46	27,4	18,8
	Ingesamt	27.852	572.322	1,51	30,9	20,6

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	11.942	81.866	6,95	47,7	6,9
	Frauen	68.754	420.695	8,66	53,0	6,1
	Ingesamt	80.696	502.561	8,36	52,1	6,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.306	64.900	1,34	37,8	28,1
	Frauen	14.002	623.362	1,76	78,5	44,5
	Ingesamt	16.308	688.262	1,69	71,3	42,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	941	15.950	0,55	9,3	17,0
	Frauen	4.257	88.650	0,54	11,2	20,8
	Ingesamt	5.198	104.600	0,54	10,8	20,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.198	208.225	3,61	121,2	33,6
	Frauen	47.401	1.656.015	5,97	208,6	34,9
	Ingesamt	53.599	1.864.240	5,55	193,1	34,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.456	48.338	1,43	28,1	19,7
	Frauen	20.679	345.645	2,61	43,6	16,7
	Ingesamt	23.135	393.983	2,40	40,8	17,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.644	14.724	0,96	8,6	9,0
	Frauen	8.492	66.543	1,07	8,4	7,8
	Ingesamt	10.136	81.267	1,05	8,4	8,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.686	17.823	0,98	10,4	10,6
	Frauen	10.666	115.044	1,34	14,5	10,8
	Ingesamt	12.352	132.867	1,28	13,8	10,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.883	137.568	3,42	80,1	23,4
	Frauen	23.025	411.399	2,90	51,8	17,9
	Ingesamt	28.908	548.967	2,99	56,9	19,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	35.844	281.739	20,87	164,0	7,9
	Frauen	232.765	1.611.318	29,33	203,0	6,9
	Ingesamt	268.609	1.893.057	27,82	196,1	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	16.581	126.576	9,65	73,7	7,6
	Frauen	86.982	551.461	10,96	69,5	6,3
	Ingesamt	103.563	678.037	10,73	70,2	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.237	29.442	1,30	17,1	13,2
	Frauen	9.230	111.694	1,16	14,1	12,1
	Ingesamt	11.467	141.136	1,19	14,6	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	33.566	619.650	19,54	360,7	18,5
	Frauen	135.880	3.044.269	17,12	383,5	22,4
	Ingesamt	169.446	3.663.919	17,55	379,5	21,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.940	26.261	1,13	15,3	13,5
	Frauen	27.495	313.525	3,46	39,5	11,4
	Ingesamt	29.435	339.786	3,05	35,2	11,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	0	0	0	0	0
	Frauen	9.318	132.750	1,17	16,7	14,3
	Ingesamt	9.318	132.750	1	14	14
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	6.656	78.104	3,87	45,5	11,7
	Frauen	42.921	471.033	5,41	59,3	11,0
	Ingesamt	49.577	549.137	5,13	56,9	11,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	12.943	276.255	7,53	160,8	21,3
	Frauen	54.851	1.182.870	6,91	149,0	21,6
	Ingesamt	67.794	1.459.125	7,02	151,1	21,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.717	34.741	1,00	20,2	20,2
	Frauen	13.878	307.399	1,75	38,7	22,2
	Ingesamt	15.595	342.140	1,62	35,4	21,9
Zusammen	Männer	144.854	2.068.130	84,33	1.204,0	14,3
	Frauen	812.767	11.504.004	102,40	1.449,3	14,2
	Ingesamt	957.621	13.572.134	99,18	1.405,7	14,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.098	93.069	2,39	54,2	22,7
	Frauen	14.978	318.990	1,89	40,2	21,3
	Ingesamt	19.076	412.059	1,98	42,7	21,6

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	23.182	124.076	4,72	25,3	5,4
	Frauen	3.119	17.298	3,12	17,3	5,6
	Ingesamt	26.301	141.374	4,45	23,9	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	5.664	143.300	1,15	29,2	25,3
	Frauen	1.094	38.757	1,09	38,7	35,4
	Ingesamt	6.758	182.057	1,14	30,8	26,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.446	21.880	0,29	4,5	15,1
	Frauen	244	3.654	0,24	3,7	15,0
	Ingesamt	1.690	25.534	0,29	4,3	15,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	8.450	307.361	1,72	62,6	36,4
	Frauen	2.203	85.340	2,20	85,2	38,7
	Ingesamt	10.653	392.701	1,80	66,5	36,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.115	62.179	0,84	12,7	15,1
	Frauen	1.060	11.668	1,06	11,7	11,0
	Ingesamt	5.175	73.847	0,88	12,5	14,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.636	29.270	0,74	6,0	8,1
	Frauen	508	4.447	0,51	4,4	8,8
	Ingesamt	4.144	33.717	0,70	5,7	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.377	39.422	0,89	8,0	9,0
	Frauen	576	5.474	0,58	5,5	9,5
	Ingesamt	4.953	44.896	0,84	7,6	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	10.010	196.924	2,04	40,1	19,7
	Frauen	1.093	16.527	1,09	16,5	15,1
	Ingesamt	11.103	213.451	1,88	36,1	19,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	78.664	459.126	16,03	93,6	5,8
	Frauen	12.601	79.731	12,59	79,6	6,3
	Ingesamt	91.265	538.857	15,45	91,2	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	33.664	198.563	6,86	40,5	5,9
	Frauen	4.855	23.715	4,85	23,7	4,9
	Ingesamt	38.519	222.278	6,52	37,6	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.265	30.470	0,67	6,2	9,3
	Frauen	415	3.309	0,41	3,3	8,0
	Ingesamt	3.680	33.779	0,62	5,7	9,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	43.298	649.953	8,82	132,4	15,0
	Frauen	4.794	76.177	4,79	76,1	15,9
	Ingesamt	48.092	726.130	8,14	122,9	15,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	4.286	39.895	0,87	8,1	9,3
	Frauen	1.467	13.948	1,47	13,9	9,5
	Ingesamt	5.753	53.843	0,97	9,1	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	0	0	0,00	0,0	0,0
	Frauen	691	8.267	0,69	8,3	12,0
	Ingesamt	691	8.267	0,12	1,4	12,0
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	11.517	106.396	2,35	21,7	9,2
	Frauen	2.232	18.539	2,23	18,5	8,3
	Ingesamt	13.749	124.935	2,33	21,1	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	18.660	361.388	3,80	73,6	19,4
	Frauen	2.212	44.304	2,21	44,3	20,0
	Ingesamt	20.872	405.692	3,53	68,7	19,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.512	65.520	0,72	13,4	18,7
	Frauen	850	15.924	0,85	15,9	18,7
	Ingesamt	4.362	81.444	0,74	13,8	18,7
Zusammen	Männer	258.273	2.846.299	52,63	580,0	11,0
	Frauen	40.113	468.410	40,06	467,8	11,7
	Ingesamt	298.386	3.314.709	50,50	561,0	11,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.970	64.081	0,61	13,1	21,6
	Frauen	416	7.375	0,42	7,4	17,7
	Ingesamt	3.386	71.456	0,57	12,1	21,1

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.250	42.765	4,40	44,3	10,1
	Frauen	3.824	35.415	4,81	44,6	9,3
	Ingesamt	8.074	78.180	4,59	44,4	9,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	897	95.119	0,93	98,5	106,0
	Frauen	1.014	113.059	1,28	142,3	111,5
	Ingesamt	1.911	208.178	1,09	118,3	108,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	434	23.135	0,45	24,0	53,3
	Frauen	399	19.352	0,50	24,4	48,5
	Ingesamt	833	42.487	0,47	24,1	51,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.049	567.560	6,26	587,5	93,8
	Frauen	7.754	661.011	9,76	832,1	85,3
	Ingesamt	13.803	1.228.571	7,84	697,9	89,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.466	82.147	1,52	85,0	56,0
	Frauen	1.884	70.655	2,37	88,9	37,5
	Ingesamt	3.350	152.802	1,90	86,8	45,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	456	12.640	0,47	13,1	27,7
	Frauen	391	10.132	0,49	12,8	25,9
	Ingesamt	847	22.772	0,48	12,9	26,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	574	15.901	0,59	16,5	27,7
	Frauen	597	14.768	0,75	18,6	24,7
	Ingesamt	1.171	30.669	0,67	17,4	26,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.520	175.412	2,61	181,6	69,6
	Frauen	1.664	63.057	2,09	79,4	37,9
	Ingesamt	4.184	238.469	2,38	135,5	57,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	10.695	134.006	11,07	138,7	12,5
	Frauen	11.674	130.736	14,70	164,6	11,2
	Ingesamt	22.369	264.742	12,71	150,4	11,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	5.613	116.997	5,81	121,1	20,8
	Frauen	4.796	74.537	6,04	93,8	15,5
	Ingesamt	10.409	191.534	5,91	108,8	18,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	937	31.761	0,97	32,9	33,9
	Frauen	612	21.420	0,77	27,0	35,0
	Ingesamt	1.549	53.181	0,88	30,2	34,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	16.262	867.157	16,83	897,7	53,3
	Frauen	12.293	647.935	15,47	815,6	52,7
	Ingesamt	28.555	1.515.092	16,22	860,7	53,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	702	22.282	0,73	23,1	31,7
	Frauen	1.774	35.282	2,23	44,4	19,9
	Ingesamt	2.476	57.564	1,41	32,7	23,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	0	0	0,00	0,0	0,0
	Frauen	786	19.269	0,99	24,3	24,5
	Ingesamt	786	19.269	0,45	11,0	24,5
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.573	84.299	2,66	87,3	32,8
	Frauen	3.146	85.775	3,96	108,0	27,3
	Ingesamt	5.719	170.074	3,25	96,6	29,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.546	254.422	5,74	263,4	45,9
	Frauen	3.509	147.924	4,42	186,2	42,2
	Ingesamt	9.055	402.346	5,14	228,6	44,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	690	39.001	0,71	40,4	56,5
	Frauen	1.085	51.469	1,37	64,8	47,4
	Ingesamt	1.775	90.470	1,01	51,4	51,0
Zusammen	Männer	59.828	2.577.210	61,93	2.667,9	43,1
	Frauen	57.395	2.211.650	72,25	2.784,1	38,5
	Ingesamt	117.223	4.788.860	66,59	2.720,4	40,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	802	44.297	0,83	45,9	55,2
	Frauen	387	19.701	0,49	24,8	50,9
	Ingesamt	1.189	63.998	0,68	36,4	53,8



Krankengeldleistungen der beschäftigten Pflichtmitglieder

3

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.604	145.371	0,10	5,5	55,8
	Frauen	2.057	123.098	0,09	5,2	59,8
	insgesamt	4.661	268.469	0,09	5,4	57,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.808	657.733	0,18	24,8	136,8
	Frauen	7.286	989.442	0,31	42,0	135,8
	insgesamt	12.094	1.647.175	0,24	32,9	136,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.053	86.706	0,04	3,3	82,3
	Frauen	977	70.715	0,04	3,0	72,4
	insgesamt	2.030	157.421	0,04	3,1	77,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	16.451	1.724.046	0,62	65,0	104,8
	Frauen	22.392	2.590.137	0,95	110,0	115,7
	insgesamt	38.843	4.314.183	0,78	86,2	111,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.931	329.116	0,15	12,4	83,7
	Frauen	4.059	316.134	0,17	13,4	77,9
	insgesamt	7.990	645.250	0,16	12,9	80,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	875	63.678	0,03	2,4	72,8
	Frauen	560	37.835	0,02	1,6	67,6
	insgesamt	1.435	101.513	0,03	2,0	70,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	808	57.368	0,03	2,2	71,0
	Frauen	778	62.033	0,03	2,6	79,7
	insgesamt	1.586	119.401	0,03	2,4	75,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	9.460	935.542	0,36	35,3	98,9
	Frauen	3.671	369.990	0,16	15,7	100,8
	insgesamt	13.131	1.305.532	0,26	26,1	99,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.087	373.142	0,23	14,1	61,3
	Frauen	5.266	301.537	0,22	12,8	57,3
	insgesamt	11.353	674.679	0,23	13,5	59,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.758	431.769	0,29	16,3	55,7
	Frauen	4.300	276.459	0,18	11,7	64,3
	insgesamt	12.058	708.228	0,24	14,1	58,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	2.741	140.028	0,10	5,3	51,1
	Frauen	1.115	77.478	0,05	3,3	69,5
	insgesamt	3.856	217.506	0,08	4,3	56,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	52.586	3.903.654	1,98	147,1	74,2
	Frauen	35.163	2.853.990	1,49	121,2	81,2
	insgesamt	87.749	6.757.644	1,75	134,9	77,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.512	88.713	0,06	3,3	58,7
	Frauen	3.471	177.599	0,15	7,5	51,2
	insgesamt	4.983	266.312	0,10	5,3	53,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	0	0	0,00	0,0	0,0
	Frauen	2.148	61.831	0,09	2,6	28,8
	insgesamt	2.148	61.831	0,04	1,2	28,8
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.212	378.683	0,16	14,3	89,9
	Frauen	4.281	361.127	0,18	15,3	84,4
	insgesamt	8.493	739.810	0,17	14,8	87,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	35.477	2.128.778	1,34	80,2	60,0
	Frauen	18.015	1.025.250	0,76	43,5	56,9
	insgesamt	53.492	3.154.028	1,07	63,0	59,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.018	224.220	0,11	8,5	74,3
	Frauen	4.611	289.382	0,20	12,3	62,8
	insgesamt	7.629	513.602	0,15	10,3	67,3
Zusammen	Männer	153.984	11.722.939	5,80	441,9	76,1
	Frauen	120.857	10.049.973	5,13	426,8	83,2
	insgesamt	274.841	21.772.912	5,49	434,8	79,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	13.194	1.376.815	0,50	51,9	104,4
	Frauen	5.203	492.013	0,22	20,9	94,6
	insgesamt	18.397	1.868.828	0,37	37,3	101,6

Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Wirtschaftsgruppen

4

	Seite
Verarbeitendes Gewerbe	
Nahrung, Genuss	A 26
Textil, Bekleidung, Leder	A 27
Holz, Papier, Druck	A 28
Chemie	A 29
Glas, Keramik, Steine/Erden	A 30
Metallerzeugung	A 31
Metallverarbeitung	A 32
Möbel und sonstige Erzeugnisse	A 33
Energie- und Wasserversorgung	A 34
Baugewerbe	A 35

	Seite
Dienstleistungsbereich	
Handel	A 36
Großhandel	A 37
Einzelhandel	A 38
Gastgewerbe	A 39
Verkehr	A 40
Landverkehr	A 41
Postdienste	A 42
Telekommunikation	A 43
Kredit und Versicherungsgewerbe	A 44
Verlage und Medien	A 45
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	A 46
Dienstleistungen	A 47
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	A 48
Erziehung und Unterricht	A 49
Gesundheits und Sozialwesen	A 50
Abfallbeseitigung und Recycling	A 51
Kultur, Sport und Unterhaltung	A 52

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.122	31.023	10,50	63,6	6,1
	Frauen	4.467	26.560	9,70	57,7	6,0
	Ingesamt	9.589	57.583	10,11	60,7	6,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	547	17.700	1,12	36,3	32,4
	Frauen	752	33.991	1,63	73,8	45,2
	Ingesamt	1.299	51.691	1,37	54,5	39,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	221	3.438	0,45	7,1	15,6
	Frauen	246	4.762	0,53	10,3	19,4
	Ingesamt	467	8.200	0,49	8,7	17,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.505	57.755	3,08	118,4	38,4
	Frauen	2.431	87.303	5,28	189,6	35,9
	Ingesamt	3.936	145.058	4,15	153,0	36,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	832	15.981	1,71	32,8	19,2
	Frauen	1.274	20.161	2,77	43,8	15,8
	Ingesamt	2.106	36.142	2,22	38,1	17,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	484	3.681	0,99	7,5	7,6
	Frauen	420	3.917	0,91	8,5	9,3
	Ingesamt	904	7.598	0,95	8,0	8,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	574	4.700	1,18	9,6	8,2
	Frauen	512	4.692	1,11	10,2	9,2
	Ingesamt	1.086	9.392	1,15	9,9	8,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.591	38.305	3,26	78,5	24,1
	Frauen	1.437	26.497	3,12	57,6	18,4
	Ingesamt	3.028	64.802	3,19	68,3	21,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	12.494	85.342	25,61	174,9	6,8
	Frauen	12.523	86.206	27,20	187,3	6,9
	Ingesamt	25.017	171.548	26,38	180,9	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.572	45.425	13,47	93,1	6,9
	Frauen	6.060	40.727	13,16	88,5	6,7
	Ingesamt	12.632	86.152	13,32	90,9	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	939	13.588	1,92	27,9	14,5
	Frauen	663	8.145	1,44	17,7	12,3
	Ingesamt	1.602	21.733	1,69	22,9	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	11.415	229.783	23,39	470,9	20,1
	Frauen	8.339	206.123	18,11	447,7	24,7
	Ingesamt	19.754	435.906	20,83	459,7	22,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	564	8.692	1,16	17,8	15,4
	Frauen	1.812	21.917	3,94	47,6	12,1
	Ingesamt	2.376	30.609	2,51	32,3	12,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	789	11.857	1,71	25,8	15,0
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.162	21.041	4,43	43,1	9,7
	Frauen	2.754	29.068	5,98	63,1	10,6
	Ingesamt	4.916	50.109	5,18	52,8	10,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	6.893	146.500	14,13	300,3	21,3
	Frauen	4.174	84.848	9,07	184,3	20,3
	Ingesamt	11.067	231.348	11,67	244,0	20,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	515	9.935	1,06	20,4	19,3
	Frauen	875	18.294	1,90	39,7	20,9
	Ingesamt	1.390	28.229	1,47	29,8	20,3
Zusammen	Männer	52.532	735.790	107,66	1.508,0	14,0
	Frauen	49.672	718.916	107,89	1.561,6	14,5
	Ingesamt	102.204	1.454.706	107,77	1.534,0	14,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.911	62.330	5,97	127,7	21,4
	Frauen	1.604	30.615	3,48	66,5	19,1
	Ingesamt	4.515	92.945	4,76	98,0	20,6

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	961	4.922	9,93	50,9	5,1
	Frauen	1.086	6.291	9,44	54,7	5,8
	Ingesamt	2.047	11.213	9,67	53,0	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	154	5.371	1,59	55,5	34,9
	Frauen	204	10.885	1,77	94,6	53,4
	Ingesamt	358	16.256	1,69	76,8	45,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	51	870	0,53	9,0	17,1
	Frauen	64	1.794	0,56	15,6	28,0
	Ingesamt	115	2.664	0,54	12,6	23,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	311	10.867	3,22	112,3	34,9
	Frauen	617	23.405	5,36	203,5	37,9
	Ingesamt	928	34.272	4,38	161,8	36,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	172	3.296	1,78	34,1	19,2
	Frauen	353	5.596	3,07	48,7	15,9
	Ingesamt	525	8.892	2,48	42,0	16,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	105	1.258	1,09	13,0	12,0
	Frauen	144	590	1,25	5,1	4,1
	Ingesamt	249	1.848	1,18	8,7	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	116	1.857	1,20	19,2	16,0
	Frauen	163	1.307	1,42	11,4	8,0
	Ingesamt	279	3.164	1,32	14,9	11,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	322	10.169	3,33	105,1	31,6
	Frauen	397	6.992	3,45	60,8	17,6
	Ingesamt	719	17.161	3,40	81,0	23,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	2.599	17.287	26,87	178,7	6,7
	Frauen	3.467	20.878	30,14	181,5	6,0
	Ingesamt	6.066	38.165	28,65	180,2	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.281	9.298	13,24	96,1	7,3
	Frauen	1.516	7.769	13,18	67,5	5,1
	Ingesamt	2.797	17.067	13,21	80,6	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	169	2.759	1,75	28,5	16,3
	Frauen	150	1.174	1,30	10,2	7,8
	Ingesamt	319	3.933	1,51	18,6	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	2.391	49.076	24,72	507,3	20,5
	Frauen	2.134	43.178	18,55	375,4	20,2
	Ingesamt	4.525	92.254	21,37	435,7	20,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	149	1.902	1,54	19,7	12,8
	Frauen	459	3.997	3,99	34,8	8,7
	Ingesamt	608	5.899	2,87	27,9	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	166	2.149	1,44	18,7	13,0
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	481	5.343	4,97	55,2	11,1
	Frauen	774	7.343	6,73	63,8	9,5
	Ingesamt	1.255	12.686	5,93	59,9	10,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.217	23.305	12,58	240,9	19,2
	Frauen	708	13.801	6,15	120,0	19,5
	Ingesamt	1.925	37.106	9,09	175,2	19,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	100	2.732	1,03	28,2	27,3
	Frauen	178	3.486	1,55	30,3	19,6
	Ingesamt	278	6.218	1,31	29,4	22,4
Zusammen	Männer	10.603	150.873	109,61	1.559,7	14,2
	Frauen	12.612	161.515	109,64	1.404,1	12,8
	Ingesamt	23.215	312.388	109,63	1.475,2	13,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	437	8.929	4,52	92,3	20,4
	Frauen	192	4.285	1,67	37,3	22,3
	Ingesamt	629	13.214	2,97	62,4	21,0

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.703	33.018	10,83	62,7	5,8
	Frauen	1.891	10.674	10,15	57,3	5,6
	Ingesamt	7.594	43.692	10,66	61,3	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	772	22.706	1,47	43,1	29,4
	Frauen	382	14.319	2,05	76,9	37,5
	Ingesamt	1.154	37.025	1,62	52,0	32,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	296	4.090	0,56	7,8	13,8
	Frauen	100	1.586	0,54	8,5	15,9
	Ingesamt	396	5.676	0,56	8,0	14,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.938	67.629	3,68	128,5	34,9
	Frauen	1.014	32.282	5,44	173,3	31,8
	Ingesamt	2.952	99.911	4,14	140,2	33,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.101	18.984	2,09	36,1	17,2
	Frauen	530	6.042	2,84	32,4	11,4
	Ingesamt	1.631	25.026	2,29	35,1	15,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	669	6.537	1,27	12,4	9,8
	Frauen	226	2.070	1,21	11,1	9,2
	Ingesamt	895	8.607	1,26	12,1	9,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	708	6.414	1,35	12,2	9,1
	Frauen	276	2.240	1,48	12,0	8,1
	Ingesamt	984	8.654	1,38	12,1	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.961	47.327	3,73	89,9	24,1
	Frauen	597	9.553	3,20	51,3	16,0
	Ingesamt	2.558	56.880	3,59	79,8	22,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.638	101.392	29,71	192,6	6,5
	Frauen	5.857	35.335	31,43	189,6	6,0
	Ingesamt	21.495	136.727	30,16	191,8	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.547	49.692	14,34	94,4	6,6
	Frauen	2.456	12.166	13,18	65,3	5,0
	Ingesamt	10.003	61.858	14,04	86,8	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	997	13.573	1,89	25,8	13,6
	Frauen	250	2.969	1,34	15,9	11,9
	Ingesamt	1.247	16.542	1,75	23,2	13,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14.310	273.545	27,19	519,7	19,1
	Frauen	3.427	72.492	18,39	389,1	21,2
	Ingesamt	17.737	346.037	24,89	485,5	19,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	726	9.006	1,38	17,1	12,4
	Frauen	736	6.718	3,95	36,1	9,1
	Ingesamt	1.462	15.724	2,05	22,1	10,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	266	3.286	1,43	17,6	12,4
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und (R00–R99) Laborbefunde	Männer	2.776	29.872	5,27	56,8	10,8
	Frauen	1.180	10.843	6,33	58,2	9,2
	Ingesamt	3.956	40.715	5,55	57,1	10,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.414	152.441	14,08	289,6	20,6
	Frauen	1.273	22.364	6,83	120,0	17,6
	Ingesamt	8.687	174.805	12,19	245,3	20,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	573	11.847	1,09	22,5	20,7
	Frauen	316	6.455	1,70	34,6	20,4
	Ingesamt	889	18.302	1,25	25,7	20,6
Zusammen	Männer	63.273	850.897	120,20	1.616,5	13,5
	Frauen	20.839	253.750	111,84	1.361,9	12,2
	Ingesamt	84.112	1.104.647	118,02	1.549,9	13,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.686	58.507	5,10	111,2	21,8
	Frauen	350	6.082	1,88	32,6	17,4
	Ingesamt	3.036	64.589	4,26	90,6	21,3

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	16.360	95.549	12,10	70,7	5,8
	Frauen	6.498	35.842	11,44	63,1	5,5
	Ingesamt	22.858	131.391	11,90	68,4	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.189	62.357	1,62	46,1	28,5
	Frauen	1.091	42.571	1,92	74,9	39,0
	Ingesamt	3.280	104.928	1,71	54,7	32,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	836	14.285	0,62	10,6	17,1
	Frauen	328	4.674	0,58	8,2	14,3
	Ingesamt	1.164	18.959	0,61	9,9	16,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.350	172.269	3,96	127,4	32,2
	Frauen	3.369	101.195	5,93	178,1	30,0
	Ingesamt	8.719	273.464	4,54	142,4	31,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.855	48.550	2,11	35,9	17,0
	Frauen	1.990	23.439	3,50	41,3	11,8
	Ingesamt	4.845	71.989	2,52	37,5	14,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.859	17.759	1,38	13,1	9,6
	Frauen	738	4.003	1,30	7,1	5,4
	Ingesamt	2.597	21.762	1,35	11,3	8,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.007	17.561	1,48	13,0	8,8
	Frauen	928	9.372	1,63	16,5	10,1
	Ingesamt	2.935	26.933	1,53	14,0	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.351	120.433	3,96	89,1	22,5
	Frauen	1.877	25.144	3,30	44,3	13,4
	Ingesamt	7.228	145.577	3,76	75,8	20,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	47.223	323.194	34,93	239,1	6,8
	Frauen	21.458	132.007	37,77	232,3	6,2
	Ingesamt	68.681	455.201	35,77	237,1	6,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	20.840	140.636	15,41	104,0	6,8
	Frauen	8.245	43.697	14,51	76,9	5,3
	Ingesamt	29.085	184.333	15,15	96,0	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.000	40.544	2,22	30,0	13,5
	Frauen	796	7.949	1,40	14,0	10,0
	Ingesamt	3.796	48.493	1,98	25,3	12,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	38.130	677.625	28,20	501,2	17,8
	Frauen	10.433	190.312	18,36	335,0	18,2
	Ingesamt	48.563	867.937	25,29	452,0	17,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.931	22.974	1,43	17,0	11,9
	Frauen	2.411	21.901	4,24	38,6	9,1
	Ingesamt	4.342	44.875	2,26	23,4	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.104	13.490	1,94	23,7	12,2
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	7.830	78.338	5,79	58,0	10,0
	Frauen	4.133	32.424	7,27	57,1	7,9
	Ingesamt	11.963	110.762	6,23	57,7	9,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	15.927	303.673	11,78	224,6	19,1
	Frauen	3.979	70.277	7,00	123,7	17,7
	Ingesamt	19.906	373.950	10,37	194,8	18,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.472	26.497	1,09	19,6	18,0
	Frauen	1.040	17.052	1,83	30,0	16,4
	Ingesamt	2.512	43.549	1,31	22,7	17,3
Zusammen	Männer	173.486	2.168.013	128,32	1.603,6	12,5
	Frauen	70.575	778.539	124,22	1.370,3	11,0
	Ingesamt	244.061	2.946.552	127,11	1.534,6	12,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.063	84.382	3,01	62,4	20,8
	Frauen	912	14.724	1,61	25,9	16,1
	Ingesamt	4.975	99.106	2,59	51,6	19,9

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.817	15.301	9,81	53,3	5,4
	Frauen	748	3.939	9,04	47,6	5,3
	Ingesamt	3.565	19.240	9,64	52,0	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	526	18.397	1,83	64,1	35,0
	Frauen	156	8.082	1,89	97,7	51,8
	Ingesamt	682	26.479	1,84	71,6	38,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	196	3.063	0,68	10,7	15,6
	Frauen	47	839	0,57	10,1	17,9
	Ingesamt	243	3.902	0,66	10,6	16,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	865	30.341	3,01	105,6	35,1
	Frauen	400	11.118	4,84	134,4	27,8
	Ingesamt	1.265	41.459	3,42	112,1	32,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	553	11.852	1,93	41,3	21,4
	Frauen	256	3.719	3,09	45,0	14,5
	Ingesamt	809	15.571	2,19	42,1	19,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	403	2.530	1,40	8,8	6,3
	Frauen	100	602	1,21	7,3	6,0
	Ingesamt	503	3.132	1,36	8,5	6,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	374	2.975	1,30	10,4	8,0
	Frauen	109	1.281	1,32	15,5	11,8
	Ingesamt	483	4.256	1,31	11,5	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.068	32.265	3,72	112,3	30,2
	Frauen	266	5.817	3,22	70,3	21,9
	Ingesamt	1.334	38.082	3,61	102,9	28,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.944	58.624	27,66	204,1	7,4
	Frauen	2.529	15.466	30,57	187,0	6,1
	Ingesamt	10.473	74.090	28,31	200,3	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.862	26.146	13,45	91,0	6,8
	Frauen	1.114	5.027	13,47	60,8	4,5
	Ingesamt	4.976	31.173	13,45	84,3	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	582	7.420	2,03	25,8	12,8
	Frauen	98	793	1,18	9,6	8,1
	Ingesamt	680	8.213	1,84	22,2	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	8.020	164.866	27,92	574,0	20,6
	Frauen	1.451	27.746	17,54	335,4	19,1
	Ingesamt	9.471	192.612	25,60	520,6	20,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	386	6.404	1,34	22,3	16,6
	Frauen	300	2.852	3,63	34,5	9,5
	Ingesamt	686	9.256	1,85	25,0	13,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	89	977	1,08	11,8	11,0
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.455	16.770	5,07	58,4	11,5
	Frauen	497	5.265	6,01	63,7	10,6
	Ingesamt	1.952	22.035	5,28	59,6	11,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.123	91.204	14,35	317,5	22,1
	Frauen	518	8.981	6,26	108,6	17,3
	Ingesamt	4.641	100.185	12,54	270,8	21,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	280	6.915	0,97	24,1	24,7
	Frauen	137	3.307	1,66	40,0	24,1
	Ingesamt	417	10.222	1,13	27,6	24,5
Zusammen	Männer	33.523	496.234	116,71	1.727,6	14,8
	Frauen	8.839	106.550	106,86	1.288,1	12,1
	Ingesamt	42.362	602.784	114,51	1.629,4	14,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.641	39.942	5,71	139,1	24,3
	Frauen	152	2.956	1,84	35,7	19,5
	Ingesamt	1.793	42.898	4,85	116,0	23,9

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	17.718	100.348	10,88	61,6	5,7
	Frauen	3.132	16.598	9,85	52,2	5,3
	Ingesamt	20.850	116.946	10,72	60,1	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.442	74.605	1,50	45,8	30,6
	Frauen	680	27.229	2,14	85,6	40,0
	Ingesamt	3.122	101.834	1,60	52,3	32,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.122	21.208	0,69	13,0	18,9
	Frauen	203	2.757	0,64	8,7	13,6
	Ingesamt	1.325	23.965	0,68	12,3	18,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.268	186.448	3,24	114,5	35,4
	Frauen	1.669	57.530	5,25	180,9	34,5
	Ingesamt	6.937	243.978	3,56	125,4	35,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.175	61.882	1,95	38,0	19,5
	Frauen	987	11.400	3,10	35,9	11,6
	Ingesamt	4.162	73.282	2,14	37,7	17,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.609	18.020	1,60	11,1	6,9
	Frauen	359	3.626	1,13	11,4	10,1
	Ingesamt	2.968	21.646	1,53	11,1	7,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.299	20.965	1,41	12,9	9,1
	Frauen	446	4.297	1,40	13,5	9,6
	Ingesamt	2.745	25.262	1,41	13,0	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	6.826	180.571	4,19	110,9	26,5
	Frauen	1.039	15.918	3,27	50,1	15,3
	Ingesamt	7.865	196.489	4,04	101,0	25,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	50.696	359.643	31,14	220,9	7,1
	Frauen	9.847	62.510	30,97	196,6	6,4
	Ingesamt	60.543	422.153	31,11	217,0	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	23.643	163.751	14,52	100,6	6,9
	Frauen	4.299	22.039	13,52	69,3	5,1
	Ingesamt	27.942	185.790	14,36	95,5	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.473	48.145	2,13	29,6	13,9
	Frauen	471	5.421	1,48	17,1	11,5
	Ingesamt	3.944	53.566	2,03	27,5	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	46.301	894.708	28,44	549,6	19,3
	Frauen	5.537	110.441	17,42	347,4	20,0
	Ingesamt	51.838	1.005.149	26,64	516,6	19,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.297	31.041	1,41	19,1	13,5
	Frauen	1.257	10.118	3,95	31,8	8,1
	Ingesamt	3.554	41.159	1,83	21,2	11,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	498	5.914	1,57	18,6	11,9
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.131	108.535	5,61	66,7	11,9
	Frauen	2.161	21.917	6,80	68,9	10,1
	Ingesamt	11.292	130.452	5,80	67,0	11,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	25.270	496.236	15,52	304,8	19,6
	Frauen	2.186	44.035	6,88	138,5	20,1
	Ingesamt	27.456	540.271	14,11	277,7	19,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.953	39.828	1,20	24,5	20,4
	Frauen	608	10.566	1,91	33,2	17,4
	Ingesamt	2.561	50.394	1,32	25,9	19,7
Zusammen	Männer	204.610	2.815.384	125,69	1.729,4	13,8
	Frauen	35.467	435.543	111,55	1.369,9	12,3
	Ingesamt	240.077	3.250.927	123,38	1.670,7	13,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	10.296	198.434	6,32	121,9	19,3
	Frauen	594	12.806	1,87	40,3	21,6
	Ingesamt	10.890	211.240	5,60	108,6	19,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	59.268	326.354	10,75	59,2	5,5
	Frauen	16.226	84.627	11,00	57,4	5,2
	Ingesamt	75.494	410.981	10,80	58,8	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	8.246	241.486	1,50	43,8	29,3
	Frauen	2.876	114.464	1,95	77,6	39,8
	Ingesamt	11.122	355.950	1,59	50,9	32,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.135	51.323	0,57	9,3	16,4
	Frauen	912	16.294	0,62	11,0	17,9
	Ingesamt	4.047	67.617	0,58	9,7	16,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	19.175	605.685	3,48	109,8	31,6
	Frauen	9.220	266.049	6,25	180,3	28,9
	Ingesamt	28.395	871.734	4,06	124,7	30,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	11.047	195.100	2,00	35,4	17,7
	Frauen	5.344	76.533	3,62	51,9	14,3
	Ingesamt	16.391	271.633	2,35	38,9	16,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	7.400	52.206	1,34	9,5	7,1
	Frauen	1.990	11.823	1,35	8,0	5,9
	Ingesamt	9.390	64.029	1,34	9,2	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.746	71.384	1,40	13,0	9,2
	Frauen	2.351	21.588	1,59	14,6	9,2
	Ingesamt	10.097	92.972	1,44	13,3	9,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	20.617	440.962	3,74	80,0	21,4
	Frauen	5.221	73.962	3,54	50,1	14,2
	Ingesamt	25.838	514.924	3,70	73,7	19,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	170.741	1.121.860	30,96	203,5	6,6
	Frauen	53.381	336.235	36,18	227,9	6,3
	Ingesamt	224.122	1.458.095	32,07	208,6	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	79.283	515.505	14,38	93,5	6,5
	Frauen	21.689	119.272	14,70	80,8	5,5
	Ingesamt	100.972	634.777	14,45	90,8	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	10.721	141.654	1,94	25,7	13,2
	Frauen	2.085	20.999	1,41	14,2	10,1
	Ingesamt	12.806	162.653	1,83	23,3	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	141.724	2.566.725	25,70	465,5	18,1
	Frauen	30.206	591.512	20,47	400,9	19,6
	Ingesamt	171.930	3.158.237	24,60	451,9	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.329	84.002	1,33	15,2	11,5
	Frauen	6.711	60.265	4,55	40,9	9,0
	Ingesamt	14.040	144.267	2,01	20,6	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.633	31.998	1,78	21,7	12,2
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	30.071	288.446	5,45	52,3	9,6
	Frauen	11.621	100.599	7,88	68,2	8,7
	Ingesamt	41.692	389.045	5,97	55,7	9,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	67.911	1.299.108	12,32	235,6	19,1
	Frauen	11.170	206.917	7,57	140,3	18,5
	Ingesamt	79.081	1.506.025	11,31	215,5	19,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	5.559	104.502	1,01	19,0	18,8
	Frauen	2.779	47.929	1,88	32,5	17,3
	Ingesamt	8.338	152.431	1,19	21,8	18,3
Zusammen	Männer	651.315	8.135.424	118,12	1.475,4	12,5
	Frauen	186.948	2.190.440	126,72	1.484,7	11,7
	Ingesamt	838.263	10.325.864	119,93	1.477,4	12,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	18.972	342.148	3,44	62,1	18,0
	Frauen	2.361	39.554	1,60	26,8	16,8
	Ingesamt	21.333	381.702	3,05	54,6	17,9

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.550	17.595	11,58	57,4	5,0
	Frauen	2.534	14.611	10,87	62,7	5,8
	Ingesamt	6.084	32.206	11,27	59,7	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	437	8.405	1,43	27,4	19,2
	Frauen	421	19.842	1,81	85,1	47,1
	Ingesamt	858	28.247	1,59	52,3	32,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	136	1.866	0,44	6,1	13,7
	Frauen	126	1.876	0,54	8,1	14,9
	Ingesamt	262	3.742	0,49	6,9	14,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	981	34.487	3,20	112,5	35,2
	Frauen	1.312	39.758	5,63	170,6	30,3
	Ingesamt	2.293	74.245	4,25	137,6	32,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	602	10.039	1,96	32,7	16,7
	Frauen	779	12.127	3,34	52,0	15,6
	Ingesamt	1.381	22.166	2,56	41,1	16,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	405	2.102	1,32	6,9	5,2
	Frauen	297	1.984	1,27	8,5	6,7
	Ingesamt	702	4.086	1,30	7,6	5,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	403	2.578	1,31	8,4	6,4
	Frauen	331	2.504	1,42	10,7	7,6
	Ingesamt	734	5.082	1,36	9,4	6,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	973	18.401	3,17	60,0	18,9
	Frauen	728	9.897	3,12	42,5	13,6
	Ingesamt	1.701	28.298	3,15	52,4	16,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	9.364	53.136	30,54	173,3	5,7
	Frauen	7.697	48.294	33,02	207,2	6,3
	Ingesamt	17.061	101.430	31,61	187,9	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.544	25.430	14,82	82,9	5,6
	Frauen	3.360	16.679	14,41	71,6	5,0
	Ingesamt	7.904	42.109	14,65	78,0	5,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	578	6.800	1,89	22,2	11,8
	Frauen	331	2.567	1,42	11,0	7,8
	Ingesamt	909	9.367	1,68	17,4	10,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.989	116.229	22,80	379,1	16,6
	Frauen	3.875	67.394	16,62	289,1	17,4
	Ingesamt	10.864	183.623	20,13	340,2	16,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	388	5.706	1,27	18,6	14,7
	Frauen	1.014	8.729	4,35	37,5	8,6
	Ingesamt	1.402	14.435	2,60	26,8	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	421	4.607	1,81	19,8	10,9
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.485	11.054	4,84	36,1	7,4
	Frauen	1.591	13.439	6,83	57,7	8,5
	Ingesamt	3.076	24.493	5,70	45,4	8,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.027	72.488	13,13	236,4	18,0
	Frauen	1.683	29.135	7,22	125,0	17,3
	Ingesamt	5.710	101.623	10,58	188,3	17,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	315	5.265	1,03	17,2	16,7
	Frauen	463	8.976	1,99	38,5	19,4
	Ingesamt	778	14.241	1,44	26,4	18,3
Zusammen	Männer	35.237	393.107	114,93	1.282,2	11,2
	Frauen	27.022	304.497	115,93	1.306,3	11,3
	Ingesamt	62.259	697.604	115,36	1.292,6	11,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.387	23.899	4,52	78,0	17,2
	Frauen	383	6.972	1,64	29,9	18,2
	Ingesamt	1.770	30.871	3,28	57,2	17,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.222	30.618	11,41	66,9	5,9
	Frauen	2.241	12.209	11,44	62,3	5,5
	Ingesamt	7.463	42.827	11,42	65,5	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	869	23.239	1,90	50,8	26,7
	Frauen	410	10.440	2,09	53,3	25,5
	Ingesamt	1.279	33.679	1,96	51,5	26,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	274	3.958	0,60	8,7	14,5
	Frauen	144	2.474	0,73	12,6	17,2
	Ingesamt	418	6.432	0,64	9,8	15,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.671	50.110	3,65	109,5	30,0
	Frauen	1.334	35.642	6,81	181,9	26,7
	Ingesamt	3.005	85.752	4,60	131,2	28,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	927	13.550	2,03	29,6	14,6
	Frauen	739	7.589	3,77	38,7	10,3
	Ingesamt	1.666	21.139	2,55	32,3	12,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	632	4.254	1,38	9,3	6,7
	Frauen	261	1.346	1,33	6,9	5,2
	Ingesamt	893	5.600	1,37	8,6	6,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	757	7.149	1,65	15,6	9,4
	Frauen	364	3.462	1,86	17,7	9,5
	Ingesamt	1.121	10.611	1,71	16,2	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.716	36.759	3,75	80,3	21,4
	Frauen	722	8.630	3,68	44,0	12,0
	Ingesamt	2.438	45.389	3,73	69,4	18,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.119	99.804	33,03	218,0	6,6
	Frauen	8.258	49.152	42,15	250,9	6,0
	Ingesamt	23.377	148.956	35,76	227,9	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.933	43.893	15,15	95,9	6,3
	Frauen	3.195	14.445	16,31	73,7	4,5
	Ingesamt	10.128	58.338	15,49	89,3	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	875	10.815	1,91	23,6	12,4
	Frauen	296	3.340	1,51	17,1	11,3
	Ingesamt	1.171	14.155	1,79	21,7	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	10.638	186.578	23,24	407,6	17,5
	Frauen	3.165	50.959	16,15	260,1	16,1
	Ingesamt	13.803	237.537	21,12	363,4	17,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	704	7.939	1,54	17,3	11,3
	Frauen	966	6.817	4,93	34,8	7,1
	Ingesamt	1.670	14.756	2,55	22,6	8,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	394	4.083	2,01	20,8	10,4
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.277	20.417	4,97	44,6	9,0
	Frauen	1.472	10.988	7,51	56,1	7,5
	Ingesamt	3.749	31.405	5,74	48,0	8,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.334	102.096	11,65	223,0	19,1
	Frauen	1.348	24.841	6,88	126,8	18,4
	Ingesamt	6.682	126.937	10,22	194,2	19,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	486	8.474	1,06	18,5	17,4
	Frauen	345	6.943	1,76	35,4	20,1
	Ingesamt	831	15.417	1,27	23,6	18,6
Zusammen	Männer	54.559	652.284	119,19	1.425,0	12,0
	Frauen	25.704	254.038	131,19	1.296,5	9,9
	Ingesamt	80.263	906.322	122,79	1.386,5	11,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.660	34.590	3,63	75,6	20,8
	Frauen	287	5.681	1,46	29,0	19,8
	Ingesamt	1.947	40.271	2,98	61,6	20,7

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	18.181	93.378	10,46	53,7	5,1
	Frauen	2.419	12.683	7,93	41,6	5,2
	Ingesamt	20.600	106.061	10,08	51,9	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.953	62.653	1,12	36,0	32,1
	Frauen	454	20.080	1,49	65,8	44,2
	Ingesamt	2.407	82.733	1,18	40,5	34,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	731	11.019	0,42	6,3	15,1
	Frauen	142	2.791	0,47	9,2	19,7
	Ingesamt	873	13.810	0,43	6,8	15,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.765	127.993	2,17	73,6	34,0
	Frauen	1.342	53.982	4,40	176,9	40,2
	Ingesamt	5.107	181.975	2,50	89,0	35,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.830	53.458	1,63	30,8	18,9
	Frauen	709	9.248	2,32	30,3	13,0
	Ingesamt	3.539	62.706	1,73	30,7	17,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.029	16.954	1,17	9,8	8,4
	Frauen	354	2.811	1,16	9,2	7,9
	Ingesamt	2.383	19.765	1,17	9,7	8,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.298	19.995	1,32	11,5	8,7
	Frauen	357	3.399	1,17	11,1	9,5
	Ingesamt	2.655	23.394	1,30	11,5	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.799	137.476	2,76	79,1	28,7
	Frauen	632	11.010	2,07	36,1	17,4
	Ingesamt	5.431	148.486	2,66	72,7	27,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	44.232	280.835	25,44	161,5	6,4
	Frauen	7.928	45.985	25,98	150,7	5,8
	Ingesamt	52.160	326.820	25,52	159,9	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	22.841	150.458	13,14	86,5	6,6
	Frauen	3.320	17.408	10,88	57,0	5,2
	Ingesamt	26.161	167.866	12,80	82,1	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.084	42.360	1,77	24,4	13,7
	Frauen	288	3.190	0,94	10,5	11,1
	Ingesamt	3.372	45.550	1,65	22,3	13,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	43.134	931.111	24,81	535,6	21,6
	Frauen	3.474	63.518	11,38	208,1	18,3
	Ingesamt	46.608	994.629	22,81	486,7	21,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.939	22.090	1,12	12,7	11,4
	Frauen	1.099	9.101	3,60	29,8	8,3
	Ingesamt	3.038	31.191	1,49	15,3	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	468	6.417	1,53	21,0	13,7
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	7.860	76.036	4,52	43,7	9,7
	Frauen	1.548	12.722	5,07	41,7	8,2
	Ingesamt	9.408	88.758	4,60	43,4	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	32.063	691.776	18,44	397,9	21,6
	Frauen	1.750	33.015	5,73	108,2	18,9
	Ingesamt	33.813	724.791	16,55	354,7	21,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.193	40.880	1,26	23,5	18,6
	Frauen	478	7.938	1,57	26,0	16,6
	Ingesamt	2.671	48.818	1,31	23,9	18,3
Zusammen	Männer	194.299	2.765.879	111,76	1.591,0	14,2
	Frauen	26.830	316.924	87,92	1.038,5	11,8
	Ingesamt	221.129	3.082.803	108,20	1.508,5	13,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	15.279	348.697	8,79	200,6	22,8
	Frauen	400	5.746	1,31	18,8	14,4
	Ingesamt	15.679	354.443	7,67	173,4	22,6

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	32.519	166.927	10,52	54,0	5,1
	Frauen	34.920	188.539	9,20	49,7	5,4
	Ingesamt	67.439	355.466	9,79	51,6	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.394	98.263	1,10	31,8	29,0
	Frauen	5.702	257.205	1,50	67,8	45,1
	Ingesamt	9.096	355.468	1,32	51,6	39,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.184	18.301	0,38	5,9	15,5
	Frauen	1.777	35.350	0,47	9,3	19,9
	Ingesamt	2.961	53.651	0,43	7,8	18,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	9.625	368.405	3,11	119,1	38,3
	Frauen	20.575	746.346	5,42	196,6	36,3
	Ingesamt	30.200	1.114.751	4,38	161,8	36,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.950	83.307	1,60	26,9	16,8
	Frauen	9.799	154.361	2,58	40,7	15,8
	Ingesamt	14.749	237.668	2,14	34,5	16,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.169	19.882	1,02	6,4	6,3
	Frauen	3.509	27.567	0,92	7,3	7,9
	Ingesamt	6.678	47.449	0,97	6,9	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.770	34.811	1,22	11,3	9,2
	Frauen	4.626	46.230	1,22	12,2	10,0
	Ingesamt	8.396	81.041	1,22	11,8	9,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	7.791	177.322	2,52	57,3	22,8
	Frauen	9.946	177.160	2,62	46,7	17,8
	Ingesamt	17.737	354.482	2,57	51,5	20,0
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	85.463	520.534	27,64	168,3	6,1
	Frauen	108.425	691.375	28,56	182,1	6,4
	Ingesamt	193.888	1.211.909	28,14	175,9	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	39.077	248.414	12,64	80,3	6,4
	Frauen	44.359	259.894	11,68	68,5	5,9
	Ingesamt	83.436	508.308	12,11	73,8	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.624	58.035	1,50	18,8	12,6
	Frauen	4.367	47.453	1,15	12,5	10,9
	Ingesamt	8.991	105.488	1,31	15,3	11,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	56.944	1.080.926	18,41	349,5	19,0
	Frauen	55.279	1.220.817	14,56	321,6	22,1
	Ingesamt	112.223	2.301.743	16,29	334,1	20,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.310	37.376	1,07	12,1	11,3
	Frauen	14.256	145.519	3,76	38,3	10,2
	Ingesamt	17.566	182.895	2,55	26,6	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	7.355	102.090	1,94	26,9	13,9
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	13.849	127.292	4,48	41,2	9,2
	Frauen	22.419	214.696	5,91	56,6	9,6
	Ingesamt	36.268	341.988	5,26	49,6	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	36.142	670.703	11,69	216,9	18,6
	Frauen	26.194	508.192	6,90	133,9	19,4
	Ingesamt	62.336	1.178.895	9,05	171,1	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.260	69.915	1,05	22,6	21,5
	Frauen	7.109	145.560	1,87	38,3	20,5
	Ingesamt	10.369	215.475	1,51	31,3	20,8
Zusammen	Männer	309.600	3.792.326	100,11	1.226,3	12,3
	Frauen	381.559	4.991.079	100,50	1.314,7	13,1
	Ingesamt	691.159	8.783.405	100,33	1.275,0	12,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	12.955	246.602	4,19	79,7	19,0
	Frauen	7.606	142.300	2,00	37,5	18,7
	Ingesamt	20.561	388.902	2,98	56,5	18,9

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	12.400	64.044	9,71	50,1	5,2
	Frauen	8.939	44.496	9,65	48,0	5,0
	Ingesamt	21.339	108.540	9,68	49,3	5,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.561	39.604	1,22	31,0	25,4
	Frauen	1.519	55.509	1,64	59,9	36,5
	Ingesamt	3.080	95.113	1,40	43,2	30,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	489	7.515	0,38	5,9	15,4
	Frauen	462	8.014	0,50	8,7	17,4
	Ingesamt	951	15.529	0,43	7,1	16,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.763	138.154	2,95	108,2	36,7
	Frauen	4.750	158.669	5,13	171,2	33,4
	Ingesamt	8.513	296.823	3,86	134,7	34,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.994	33.595	1,56	26,3	16,9
	Frauen	2.485	28.847	2,68	31,1	11,6
	Ingesamt	4.479	62.442	2,03	28,3	13,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.243	8.132	0,97	6,4	6,5
	Frauen	957	6.340	1,03	6,8	6,6
	Ingesamt	2.200	14.472	1,00	6,6	6,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.526	14.414	1,19	11,3	9,5
	Frauen	1.226	11.888	1,32	12,8	9,7
	Ingesamt	2.752	26.302	1,25	11,9	9,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.393	82.266	2,66	64,4	24,3
	Frauen	2.305	34.385	2,49	37,1	14,9
	Ingesamt	5.698	116.651	2,59	52,9	20,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	33.563	203.907	26,28	159,7	6,1
	Frauen	29.265	165.926	31,58	179,1	5,7
	Ingesamt	62.828	369.833	28,51	167,8	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	15.680	98.424	12,28	77,1	6,3
	Frauen	11.301	54.211	12,20	58,5	4,8
	Ingesamt	26.981	152.635	12,24	69,3	5,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.810	22.236	1,42	17,4	12,3
	Frauen	960	7.678	1,04	8,3	8,0
	Ingesamt	2.770	29.914	1,26	13,6	10,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	23.551	449.903	18,44	352,3	19,1
	Frauen	12.406	214.952	13,39	232,0	17,3
	Ingesamt	35.957	664.855	16,32	301,7	18,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.392	15.163	1,09	11,9	10,9
	Frauen	3.601	31.660	3,89	34,2	8,8
	Ingesamt	4.993	46.823	2,27	21,3	9,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.708	21.018	1,84	22,7	12,3
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.336	51.376	4,18	40,2	9,6
	Frauen	5.540	46.603	5,98	50,3	8,4
	Ingesamt	10.876	97.979	4,94	44,5	9,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	13.515	270.151	10,58	211,5	20,0
	Frauen	5.566	93.428	6,01	100,8	16,8
	Ingesamt	19.081	363.579	8,66	165,0	19,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.315	26.741	1,03	20,9	20,3
	Frauen	1.722	31.977	1,86	34,5	18,6
	Ingesamt	3.037	58.718	1,38	26,6	19,3
Zusammen	Männer	122.730	1.530.289	96,09	1.198,2	12,5
	Frauen	94.926	1.019.971	102,45	1.100,8	10,7
	Ingesamt	217.656	2.550.260	98,76	1.157,2	11,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.958	109.620	3,88	85,8	22,1
	Frauen	1.340	21.984	1,45	23,7	16,4
	Ingesamt	6.298	131.604	2,86	59,7	20,9

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.568	52.353	9,60	52,5	5,5
	Frauen	23.339	132.492	8,87	50,4	5,7
	Ingesamt	32.907	184.845	9,07	51,0	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	805	32.724	0,81	32,8	40,7
	Frauen	3.821	191.512	1,45	72,8	50,1
	Ingesamt	4.626	224.236	1,28	61,8	48,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	357	5.304	0,36	5,3	14,9
	Frauen	1.204	25.910	0,46	9,9	21,5
	Ingesamt	1.561	31.214	0,43	8,6	20,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.443	148.501	3,45	149,0	43,1
	Frauen	14.612	543.469	5,55	206,6	37,2
	Ingesamt	18.055	691.970	4,98	190,8	38,3
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.451	30.025	1,46	30,1	20,7
	Frauen	6.609	117.542	2,51	44,7	17,8
	Ingesamt	8.060	147.567	2,22	40,7	18,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	811	5.559	0,81	5,6	6,9
	Frauen	2.294	18.523	0,87	7,0	8,1
	Ingesamt	3.105	24.082	0,86	6,6	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.071	10.916	1,07	11,0	10,2
	Frauen	3.037	31.576	1,15	12,0	10,4
	Ingesamt	4.108	42.492	1,13	11,7	10,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.303	52.030	2,31	52,2	22,6
	Frauen	7.044	134.348	2,68	51,1	19,1
	Ingesamt	9.347	186.378	2,58	51,4	19,9
EKrankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	24.204	155.987	24,28	156,5	6,4
	Frauen	70.739	480.668	26,89	182,7	6,8
	Ingesamt	94.943	636.655	26,17	175,5	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	11.329	78.796	11,37	79,1	7,0
	Frauen	29.783	190.831	11,32	72,5	6,4
	Ingesamt	41.112	269.627	11,33	74,3	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.345	18.992	1,35	19,1	14,1
	Frauen	3.110	36.203	1,18	13,8	11,6
	Ingesamt	4.455	55.195	1,23	15,2	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	15.595	323.110	15,65	324,2	20,7
	Frauen	39.820	958.522	15,14	364,4	24,1
	Ingesamt	55.415	1.281.632	15,28	353,3	23,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.003	12.167	1,01	12,2	12,1
	Frauen	9.564	106.570	3,64	40,5	11,1
	Ingesamt	10.567	118.737	2,91	32,7	11,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	5.176	75.527	1,97	28,7	14,6
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.123	42.962	4,14	43,1	10,4
	Frauen	15.202	156.537	5,78	59,5	10,3
	Ingesamt	19.325	199.499	5,33	55,0	10,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.621	184.935	9,65	185,5	19,2
	Frauen	19.089	390.160	7,26	148,3	20,4
	Ingesamt	28.710	575.095	7,91	158,5	20,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.049	27.377	1,05	27,5	26,1
	Frauen	4.901	105.717	1,86	40,2	21,6
	Ingesamt	5.950	133.094	1,64	36,7	22,4
Zusammen	Männer	88.251	1.186.072	88,53	1.189,9	13,4
	Frauen	260.021	3.714.086	98,84	1.411,9	14,3
	Ingesamt	348.272	4.900.158	96,01	1.350,9	14,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.178	64.401	3,19	64,6	20,3
	Frauen	5.904	114.719	2,24	43,6	19,4
	Ingesamt	9.082	179.120	2,50	49,4	19,7

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.262	20.452	7,53	47,2	6,3
	Frauen	5.802	38.373	9,06	59,9	6,6
	Ingesamt	9.064	58.825	8,44	54,8	6,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	220	7.617	0,51	17,6	34,6
	Frauen	691	35.205	1,08	55,0	51,0
	Ingesamt	911	42.822	0,85	39,9	47,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	109	2.390	0,25	5,5	21,9
	Frauen	241	5.445	0,38	8,5	22,6
	Ingesamt	350	7.835	0,33	7,3	22,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.196	50.382	2,76	116,3	42,1
	Frauen	3.249	116.446	5,07	181,8	35,8
	Ingesamt	4.445	166.828	4,14	155,4	37,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	458	8.841	1,06	20,4	19,3
	Frauen	1.484	27.193	2,32	42,5	18,3
	Ingesamt	1.942	36.034	1,81	33,6	18,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	200	1.605	0,46	3,7	8,0
	Frauen	453	5.002	0,71	7,8	11,0
	Ingesamt	653	6.607	0,61	6,2	10,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	276	2.891	0,64	6,7	10,5
	Frauen	617	6.797	0,96	10,6	11,0
	Ingesamt	893	9.688	0,83	9,0	10,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	732	19.826	1,69	45,8	27,1
	Frauen	1.646	29.911	2,57	46,7	18,2
	Ingesamt	2.378	49.737	2,22	46,3	20,9
EKrankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.822	46.398	15,75	107,1	6,8
	Frauen	15.046	106.782	23,49	166,7	7,1
	Ingesamt	21.868	153.180	20,37	142,7	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.595	29.942	8,30	69,1	8,3
	Frauen	6.942	45.916	10,84	71,7	6,6
	Ingesamt	10.537	75.858	9,82	70,7	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	677	9.752	1,56	22,5	14,4
	Frauen	831	10.698	1,30	16,7	12,9
	Ingesamt	1.508	20.450	1,40	19,1	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.928	100.173	11,38	231,3	20,3
	Frauen	9.529	235.031	14,88	367,0	24,7
	Ingesamt	14.457	335.204	13,47	312,2	23,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	308	3.501	0,71	8,1	11,4
	Frauen	2.184	23.965	3,41	37,4	11,0
	Ingesamt	2.492	27.466	2,32	25,6	11,0
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.147	18.206	1,79	28,4	15,9
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.423	13.554	3,29	31,3	9,5
	Frauen	3.591	43.059	5,61	67,2	12,0
	Ingesamt	5.014	56.613	4,67	52,7	11,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.990	81.864	9,21	189,0	20,5
	Frauen	5.297	101.447	8,27	158,4	19,2
	Ingesamt	9.287	183.311	8,65	170,8	19,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	500	9.467	1,15	21,9	18,9
	Frauen	1.199	24.125	1,87	37,7	20,1
	Ingesamt	1.699	33.592	1,58	31,3	19,8
Zusammen	Männer	28.768	410.467	66,43	947,8	14,3
	Frauen	60.109	877.752	93,85	1.370,4	14,6
	Ingesamt	88.877	1.288.219	82,79	1.200,0	14,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.516	29.415	3,50	67,9	19,4
	Frauen	1.988	34.873	3,10	54,5	17,5
	Ingesamt	3.504	64.288	3,26	59,9	18,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	19.260	137.339	9,47	67,5	7,1
	Frauen	6.736	42.451	10,68	67,3	6,3
	Ingesamt	25.996	179.790	9,76	67,5	6,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.993	96.895	1,47	47,6	32,4
	Frauen	1.196	49.123	1,90	77,9	41,1
	Ingesamt	4.189	146.018	1,57	54,8	34,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.633	37.122	0,80	18,3	22,7
	Frauen	496	10.945	0,79	17,4	22,1
	Ingesamt	2.129	48.067	0,80	18,0	22,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	9.973	330.430	4,90	162,5	33,1
	Frauen	4.837	161.689	7,67	256,4	33,4
	Ingesamt	14.810	492.119	5,56	184,7	33,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.023	93.584	1,98	46,0	23,3
	Frauen	2.051	29.661	3,25	47,0	14,5
	Ingesamt	6.074	123.245	2,28	46,3	20,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.726	31.411	1,34	15,4	11,5
	Frauen	771	6.277	1,22	10,0	8,1
	Ingesamt	3.497	37.688	1,31	14,1	10,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.904	36.641	1,43	18,0	12,6
	Frauen	1.254	12.000	1,99	19,0	9,6
	Ingesamt	4.158	48.641	1,56	18,3	11,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.845	257.801	4,35	126,8	29,2
	Frauen	2.352	40.940	3,73	64,9	17,4
	Ingesamt	11.197	298.741	4,20	112,1	26,7
EKrankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	55.547	485.609	27,31	238,8	8,7
	Frauen	23.677	177.800	37,55	282,0	7,5
	Ingesamt	79.224	663.409	29,73	249,0	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	27.785	236.576	13,66	116,3	8,5
	Frauen	9.028	58.672	14,32	93,1	6,5
	Ingesamt	36.813	295.248	13,82	110,8	8,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.585	55.428	1,76	27,3	15,5
	Frauen	937	12.794	1,49	20,3	13,7
	Ingesamt	4.522	68.222	1,70	25,6	15,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	55.035	1.221.292	27,06	600,5	22,2
	Frauen	12.361	262.924	19,60	417,0	21,3
	Ingesamt	67.396	1.484.216	25,29	557,1	22,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.923	44.980	1,44	22,1	15,4
	Frauen	2.839	31.253	4,50	49,6	11,0
	Ingesamt	5.762	76.233	2,16	28,6	13,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.072	14.490	1,70	23,0	13,5
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.912	144.941	4,87	71,3	14,6
	Frauen	4.407	48.507	6,99	76,9	11,0
	Ingesamt	14.319	193.448	5,37	72,6	13,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	25.800	633.005	12,69	311,2	24,5
	Frauen	5.427	117.248	8,61	186,0	21,6
	Ingesamt	31.227	750.253	11,72	281,6	24,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.601	76.038	1,77	37,4	21,1
	Frauen	1.564	31.065	2,48	49,3	19,9
	Ingesamt	5.165	107.103	1,94	40,2	20,7
Zusammen	Männer	236.928	3.928.218	116,49	1.931,4	16,6
	Frauen	81.195	1.112.656	128,77	1.764,6	13,7
	Ingesamt	318.123	5.040.874	119,40	1.891,9	15,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.567	317.653	5,69	156,2	27,5
	Frauen	1.794	47.937	2,85	76,0	26,7
	Ingesamt	13.361	365.590	5,01	137,2	27,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.443	73.590	9,36	72,9	7,8
	Frauen	2.255	16.643	11,02	81,4	7,4
	Ingesamt	11.698	90.233	9,64	74,4	7,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.577	51.940	1,56	51,5	32,9
	Frauen	385	14.100	1,88	68,9	36,6
	Ingesamt	1.962	66.040	1,62	54,4	33,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	861	21.856	0,85	21,7	25,4
	Frauen	208	4.616	1,02	22,6	22,2
	Ingesamt	1.069	26.472	0,88	21,8	24,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	5.898	188.683	5,85	187,0	32,0
	Frauen	1.872	66.071	9,15	323,0	35,3
	Ingesamt	7.770	254.754	6,40	209,9	32,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.078	51.875	2,06	51,4	25,0
	Frauen	733	10.392	3,58	50,8	14,2
	Ingesamt	2.811	62.267	2,32	51,3	22,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.483	18.635	1,47	18,5	12,6
	Frauen	303	2.303	1,48	11,3	7,6
	Ingesamt	1.786	20.938	1,47	17,3	11,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.500	20.376	1,49	20,2	13,6
	Frauen	358	4.187	1,75	20,5	11,7
	Ingesamt	1.858	24.563	1,53	20,2	13,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.853	143.437	4,81	142,2	29,6
	Frauen	929	17.420	4,54	85,2	18,8
	Ingesamt	5.782	160.857	4,76	132,5	27,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	27.591	259.464	27,34	257,1	9,4
	Frauen	7.838	70.445	38,31	344,3	9,0
	Ingesamt	35.429	329.909	29,19	271,8	9,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	14.107	123.391	13,98	122,3	8,8
	Frauen	3.238	24.024	15,83	117,4	7,4
	Ingesamt	17.345	147.415	14,29	121,5	8,5
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.815	30.336	1,80	30,1	16,7
	Frauen	366	5.960	1,79	29,1	16,3
	Ingesamt	2.181	36.296	1,80	29,9	16,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	28.097	633.998	27,85	628,3	22,6
	Frauen	4.772	114.328	23,33	558,8	24,0
	Ingesamt	32.869	748.326	27,08	616,6	22,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.525	23.710	1,51	23,5	15,6
	Frauen	1.012	12.269	4,95	60,0	12,1
	Ingesamt	2.537	35.979	2,09	29,7	14,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	295	3.979	1,44	19,5	13,5
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.900	80.440	4,86	79,7	16,4
	Frauen	1.434	19.736	7,01	96,5	13,8
	Ingesamt	6.334	100.176	5,22	82,5	15,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	12.845	324.861	12,73	322,0	25,3
	Frauen	2.294	52.243	11,21	255,4	22,8
	Ingesamt	15.139	377.104	12,47	310,7	24,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.118	43.967	2,10	43,6	20,8
	Frauen	619	14.103	3,03	68,9	22,8
	Ingesamt	2.737	58.070	2,26	47,9	21,2
Zusammen	Männer	120.882	2.094.885	119,80	2.076,1	17,3
	Frauen	28.981	454.620	141,66	2.222,2	15,7
	Ingesamt	149.863	2.549.505	123,48	2.100,8	17,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	5.999	167.610	5,95	166,1	27,9
	Frauen	924	25.018	4,52	122,3	27,1
	Ingesamt	6.923	192.628	5,70	158,7	27,8

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	3.036	21.576	8,56	60,9	7,1
	Frauen	4.026	30.871	8,35	64,0	7,7
	Ingesamt	7.062	52.447	8,44	62,7	7,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	393	15.629	1,11	44,1	39,8
	Frauen	1.017	57.115	2,11	118,4	56,2
	Ingesamt	1.410	72.744	1,68	86,9	51,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	196	4.282	0,55	12,1	21,9
	Frauen	309	7.662	0,64	15,9	24,8
	Ingesamt	505	11.944	0,60	14,3	23,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.431	56.919	4,04	160,6	39,8
	Frauen	3.128	111.070	6,48	230,3	35,5
	Ingesamt	4.559	167.989	5,45	200,7	36,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	511	11.494	1,44	32,4	22,5
	Frauen	1.504	35.500	3,12	73,6	23,6
	Ingesamt	2.015	46.994	2,41	56,2	23,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	334	2.935	0,94	8,3	8,8
	Frauen	527	6.046	1,09	12,5	11,5
	Ingesamt	861	8.981	1,03	10,7	10,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	361	4.011	1,02	11,3	11,1
	Frauen	639	7.663	1,32	15,9	12,0
	Ingesamt	1.000	11.674	1,19	14,0	11,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.161	33.493	3,27	94,5	28,9
	Frauen	1.943	42.745	4,03	88,6	22,0
	Ingesamt	3.104	76.238	3,71	91,1	24,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	8.744	73.116	24,66	206,2	8,4
	Frauen	14.181	128.755	29,40	266,9	9,1
	Ingesamt	22.925	201.871	27,39	241,2	8,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.009	34.954	11,31	98,6	8,7
	Frauen	6.091	47.787	12,63	99,1	7,9
	Ingesamt	10.100	82.741	12,07	98,9	8,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	586	8.847	1,65	25,0	15,1
	Frauen	782	10.599	1,62	22,0	13,6
	Ingesamt	1.368	19.446	1,63	23,2	14,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	9.492	206.729	26,77	583,1	21,8
	Frauen	14.524	390.194	30,11	808,9	26,9
	Ingesamt	24.016	596.923	28,70	713,3	24,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	416	5.795	1,17	16,4	13,9
	Frauen	1.980	31.767	4,10	65,9	16,0
	Ingesamt	2.396	37.562	2,86	44,9	15,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	455	8.003	0,94	16,6	17,6
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.626	18.148	4,59	51,2	11,2
	Frauen	2.947	42.293	6,11	87,7	14,4
	Ingesamt	4.573	60.441	5,46	72,2	13,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	5.473	123.723	15,44	349,0	22,6
	Frauen	7.205	179.811	14,94	372,8	25,0
	Ingesamt	12.678	303.534	15,15	362,7	23,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	336	7.147	0,95	20,2	21,3
	Frauen	814	21.103	1,69	43,8	25,9
	Ingesamt	1.150	28.250	1,37	33,8	24,6
Zusammen	Männer	38.200	631.268	107,75	1.780,7	16,5
	Frauen	62.235	1.163.815	129,02	2.412,6	18,7
	Ingesamt	100.435	1.795.083	120,01	2.144,9	17,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.607	60.499	7,35	170,7	23,2
	Frauen	3.847	93.563	7,97	194,0	24,3
	Ingesamt	6.454	154.062	7,71	184,1	23,9

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.254	15.253	10,13	68,6	6,8
	Frauen	856	5.853	12,53	85,7	6,8
	Ingesamt	3.110	21.106	10,70	72,6	6,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	383	11.760	1,72	52,9	30,7
	Frauen	155	5.123	2,27	75,0	33,1
	Ingesamt	538	16.883	1,85	58,1	31,4
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	186	2.058	0,84	9,3	11,1
	Frauen	57	897	0,83	13,1	15,7
	Ingesamt	243	2.955	0,84	10,2	12,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.049	38.124	4,72	171,4	36,3
	Frauen	601	17.102	8,80	250,3	28,5
	Ingesamt	1.650	55.226	5,67	189,9	33,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	396	5.614	1,78	25,2	14,2
	Frauen	329	3.428	4,82	50,2	10,4
	Ingesamt	725	9.042	2,49	31,1	12,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	335	2.941	1,51	13,2	8,8
	Frauen	95	672	1,39	9,8	7,1
	Ingesamt	430	3.613	1,48	12,4	8,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	386	3.977	1,74	17,9	10,3
	Frauen	125	889	1,83	13,0	7,1
	Ingesamt	511	4.866	1,76	16,7	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	836	17.421	3,76	78,3	20,8
	Frauen	259	2.974	3,79	43,5	11,5
	Ingesamt	1.095	20.395	3,77	70,1	18,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	7.713	54.212	34,68	243,7	7,0
	Frauen	3.284	22.668	48,06	331,8	6,9
	Ingesamt	10.997	76.880	37,82	264,4	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.237	22.903	14,55	103,0	7,1
	Frauen	1.051	5.969	15,38	87,4	5,7
	Ingesamt	4.288	28.872	14,75	99,3	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	380	5.104	1,71	23,0	13,4
	Frauen	117	1.364	1,71	20,0	11,7
	Ingesamt	497	6.468	1,71	22,3	13,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.287	88.021	23,77	395,7	16,7
	Frauen	1.276	20.303	18,67	297,1	15,9
	Ingesamt	6.563	108.324	22,57	372,6	16,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	347	3.893	1,56	17,5	11,2
	Frauen	343	2.981	5,02	43,6	8,7
	Ingesamt	690	6.874	2,37	23,6	10,0
Schwangerschaft , Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	169	1.924	2,47	28,2	11,4
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.143	11.817	5,14	53,1	10,3
	Frauen	557	5.256	8,15	76,9	9,4
	Ingesamt	1.700	17.073	5,85	58,7	10,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.080	44.722	9,35	201,1	21,5
	Frauen	484	9.091	7,08	133,1	18,8
	Ingesamt	2.564	53.813	8,82	185,1	21,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	253	5.232	1,14	23,5	20,7
	Frauen	140	4.374	2,05	64,0	31,2
	Ingesamt	393	9.606	1,35	33,0	24,4
Zusammen	Männer	26.318	334.043	118,32	1.501,8	12,7
	Frauen	9.924	111.350	145,24	1.629,7	11,2
	Ingesamt	36.242	445.393	124,65	1.531,8	12,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	506	11.674	2,27	52,5	23,1
	Frauen	108	2.518	1,58	36,9	23,3
	Ingesamt	614	14.192	2,11	48,8	23,1

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.897	29.422	9,62	48,0	5,0
	Frauen	14.179	76.675	10,36	56,0	5,4
	Ingesamt	20.076	106.097	10,13	53,5	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	649	15.383	1,06	25,1	23,7
	Frauen	2.512	76.855	1,83	56,1	30,6
	Ingesamt	3.161	92.238	1,59	46,5	29,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	224	4.186	0,37	6,8	18,7
	Frauen	753	11.213	0,55	8,2	14,9
	Ingesamt	977	15.399	0,49	7,8	15,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.178	85.930	3,55	140,2	39,5
	Frauen	7.809	252.836	5,70	184,7	32,4
	Ingesamt	9.987	338.766	5,04	170,9	33,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	787	8.582	1,28	14,0	10,9
	Frauen	4.022	43.175	2,94	31,5	10,7
	Ingesamt	4.809	51.757	2,43	26,1	10,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	646	4.501	1,05	7,3	7,0
	Frauen	1.623	11.452	1,19	8,4	7,1
	Ingesamt	2.269	15.953	1,14	8,1	7,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	838	8.674	1,37	14,2	10,4
	Frauen	2.146	19.314	1,57	14,1	9,0
	Ingesamt	2.984	27.988	1,51	14,1	9,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.316	24.752	2,15	40,4	18,8
	Frauen	3.647	50.240	2,66	36,7	13,8
	Ingesamt	4.963	74.992	2,50	37,8	15,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	18.392	99.469	30,01	162,3	5,4
	Frauen	52.390	304.629	38,26	222,5	5,8
	Ingesamt	70.782	404.098	35,71	203,9	5,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.572	34.917	10,72	57,0	5,3
	Frauen	16.948	82.421	12,38	60,2	4,9
	Ingesamt	23.520	117.338	11,87	59,2	5,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	707	6.422	1,15	10,5	9,1
	Frauen	1.526	14.429	1,11	10,5	9,5
	Ingesamt	2.233	20.851	1,13	10,5	9,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.221	89.784	10,15	146,5	14,4
	Frauen	17.041	266.121	12,45	194,4	15,6
	Ingesamt	23.262	355.905	11,74	179,6	15,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	555	6.677	0,91	10,9	12,0
	Frauen	5.517	43.727	4,03	31,9	7,9
	Ingesamt	6.072	50.404	3,06	25,4	8,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	3.292	39.510	2,40	28,9	12,0
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.307	17.532	3,76	28,6	7,6
	Frauen	8.639	69.329	6,31	50,6	8,0
	Ingesamt	10.946	86.861	5,52	43,8	7,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.905	61.889	6,37	101,0	15,9
	Frauen	7.944	132.480	5,80	96,8	16,7
	Ingesamt	11.849	194.369	5,98	98,1	16,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	603	12.267	0,98	20,0	20,3
	Frauen	3.049	53.311	2,23	38,9	17,5
	Ingesamt	3.652	65.578	1,84	33,1	18,0
Zusammen	Männer	51.904	512.378	84,70	836,1	9,9
	Frauen	153.429	1.556.271	112,05	1.136,6	10,1
	Ingesamt	205.333	2.068.649	103,60	1.043,7	10,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	517	9.586	0,84	15,6	18,5
	Frauen	1.405	22.415	1,03	16,4	16,0
	Ingesamt	1.922	32.001	0,97	16,2	16,7

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.010	4.731	7,84	36,7	4,7
	Frauen	1.754	8.284	8,54	40,4	4,7
	Ingesamt	2.764	13.015	8,27	39,0	4,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	118	4.186	0,92	32,5	35,5
	Frauen	300	10.969	1,46	53,4	36,6
	Ingesamt	418	15.155	1,25	45,4	36,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	46	498	0,36	3,9	10,8
	Frauen	82	1.007	0,40	4,9	12,3
	Ingesamt	128	1.505	0,38	4,5	11,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	356	13.147	2,76	102,0	36,9
	Frauen	1.018	34.472	4,96	167,9	33,9
	Ingesamt	1.374	47.619	4,11	142,5	34,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	181	2.081	1,40	16,2	11,5
	Frauen	542	6.156	2,64	30,0	11,4
	Ingesamt	723	8.237	2,16	24,7	11,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	127	676	0,99	5,3	5,3
	Frauen	212	1.559	1,03	7,6	7,4
	Ingesamt	339	2.235	1,01	6,7	6,6
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	124	970	0,96	7,5	7,8
	Frauen	252	2.352	1,23	11,5	9,3
	Ingesamt	376	3.322	1,13	9,9	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	252	5.694	1,96	44,2	22,6
	Frauen	370	4.942	1,80	24,1	13,4
	Ingesamt	622	10.636	1,86	31,8	17,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.119	19.114	24,20	148,3	6,1
	Frauen	6.423	36.608	31,29	178,3	5,7
	Ingesamt	9.542	55.722	28,55	166,8	5,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.229	7.344	9,54	57,0	6,0
	Frauen	2.047	9.532	9,97	46,4	4,7
	Ingesamt	3.276	16.876	9,80	50,5	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	133	2.069	1,03	16,1	15,6
	Frauen	204	2.392	0,99	11,7	11,7
	Ingesamt	337	4.461	1,01	13,4	13,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	1.423	21.692	11,04	168,3	15,2
	Frauen	1.998	31.017	9,73	151,1	15,5
	Ingesamt	3.421	52.709	10,24	157,7	15,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	134	1.065	1,04	8,3	8,0
	Frauen	710	5.409	3,46	26,4	7,6
	Ingesamt	844	6.474	2,53	19,4	7,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	430	4.438	2,09	21,6	10,3
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	433	4.020	3,36	31,2	9,3
	Frauen	1.073	7.897	5,23	38,5	7,4
	Ingesamt	1.506	11.917	4,51	35,7	7,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	746	14.944	5,79	116,0	20,0
	Frauen	1.012	17.391	4,93	84,7	17,2
	Ingesamt	1.758	32.335	5,26	96,8	18,4
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	97	2.094	0,75	16,3	21,6
	Frauen	384	6.961	1,87	33,9	18,1
	Ingesamt	481	9.055	1,44	27,1	18,8
Zusammen	Männer	9.563	105.047	74,20	815,1	11,0
	Frauen	18.857	192.007	91,85	935,3	10,2
	Ingesamt	28.420	297.054	85,05	888,9	10,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	171	4.167	1,33	32,3	24,4
	Frauen	207	4.435	1,01	21,6	21,4
	Ingesamt	378	8.602	1,13	25,7	22,8

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.230	21.825	8,86	45,7	5,2
	Frauen	2.948	15.181	9,37	48,3	5,2
	Ingesamt	7.178	37.006	9,07	46,7	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	391	9.843	0,82	20,6	25,2
	Frauen	474	14.032	1,51	44,6	29,6
	Ingesamt	865	23.875	1,09	30,2	27,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	137	2.627	0,29	5,5	19,2
	Frauen	178	2.264	0,57	7,2	12,7
	Ingesamt	315	4.891	0,40	6,2	15,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.319	45.144	2,76	94,6	34,2
	Frauen	1.713	58.386	5,45	185,7	34,1
	Ingesamt	3.032	103.530	3,83	130,8	34,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	623	5.278	1,31	11,1	8,5
	Frauen	861	7.919	2,74	25,2	9,2
	Ingesamt	1.484	13.197	1,87	16,7	8,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	375	3.025	0,79	6,3	8,1
	Frauen	354	2.070	1,13	6,6	5,9
	Ingesamt	729	5.095	0,92	6,4	7,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	502	3.625	1,05	7,6	7,2
	Frauen	457	3.313	1,45	10,5	7,3
	Ingesamt	959	6.938	1,21	8,8	7,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	871	15.502	1,83	32,5	17,8
	Frauen	676	7.386	2,15	23,5	10,9
	Ingesamt	1.547	22.888	1,95	28,9	14,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	13.229	72.505	27,72	151,9	5,5
	Frauen	11.035	65.564	35,09	208,5	5,9
	Ingesamt	24.264	138.069	30,65	174,4	5,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	4.439	23.038	9,30	48,3	5,2
	Frauen	3.615	17.876	11,49	56,8	4,9
	Ingesamt	8.054	40.914	10,17	51,7	5,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	483	5.281	1,01	11,1	10,9
	Frauen	313	3.367	1,00	10,7	10,8
	Ingesamt	796	8.648	1,01	10,9	10,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.346	58.276	9,11	122,1	13,4
	Frauen	3.489	51.405	11,09	163,5	14,7
	Ingesamt	7.835	109.681	9,90	138,5	14,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	455	4.357	0,95	9,1	9,6
	Frauen	1.244	9.488	3,96	30,2	7,6
	Ingesamt	1.699	13.845	2,15	17,5	8,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	705	8.132	2,24	25,9	11,5
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.666	13.595	3,49	28,5	8,2
	Frauen	1.854	14.323	5,90	45,5	7,7
	Ingesamt	3.520	27.918	4,45	35,3	7,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.556	42.982	5,36	90,1	16,8
	Frauen	1.596	25.489	5,07	81,1	16,0
	Ingesamt	4.152	68.471	5,24	86,5	16,5
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	423	7.924	0,89	16,6	18,7
	Frauen	594	9.052	1,89	28,8	15,2
	Ingesamt	1.017	16.976	1,28	21,4	16,7
Zusammen	Männer	36.114	336.479	75,68	705,1	9,3
	Frauen	32.188	316.360	102,35	1.006,0	9,8
	Ingesamt	68.302	652.839	86,27	824,6	9,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	443	9.302	0,93	19,5	21,0
	Frauen	350	6.056	1,11	19,3	17,3
	Ingesamt	793	15.358	1,00	19,4	19,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	29.173	167.230	10,15	58,2	5,7
	Frauen	32.231	177.213	10,02	55,1	5,5
	Ingesamt	61.404	344.443	10,08	56,5	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.819	90.977	0,98	31,7	32,3
	Frauen	5.060	185.621	1,57	57,7	36,7
	Ingesamt	7.879	276.598	1,29	45,4	35,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.318	23.472	0,46	8,2	17,8
	Frauen	1.744	27.376	0,54	8,5	15,7
	Ingesamt	3.062	50.848	0,50	8,4	16,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.105	354.491	3,52	123,3	35,1
	Frauen	18.627	617.067	5,79	191,8	33,1
	Ingesamt	28.732	971.558	4,72	159,5	33,8
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	4.413	82.676	1,54	28,8	18,7
	Frauen	9.468	109.954	2,94	34,2	11,6
	Ingesamt	13.881	192.630	2,28	31,6	13,9
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.021	23.027	1,05	8,0	7,6
	Frauen	3.500	21.549	1,09	6,7	6,2
	Ingesamt	6.521	44.576	1,07	7,3	6,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.387	32.810	1,18	11,4	9,7
	Frauen	4.484	37.437	1,39	11,6	8,4
	Ingesamt	7.871	70.247	1,29	11,5	8,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	7.856	187.472	2,73	65,2	23,9
	Frauen	8.746	126.503	2,72	39,3	14,5
	Ingesamt	16.602	313.975	2,72	51,5	18,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	77.444	528.267	26,94	183,8	6,8
	Frauen	104.764	654.671	32,56	203,5	6,3
	Ingesamt	182.208	1.182.938	29,91	194,2	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	35.032	231.877	12,19	80,7	6,6
	Frauen	39.899	218.672	12,40	68,0	5,5
	Ingesamt	74.931	450.549	12,30	74,0	6,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.406	56.687	1,53	19,7	12,9
	Frauen	3.647	38.917	1,13	12,1	10,7
	Ingesamt	8.053	95.604	1,32	15,7	11,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	53.920	979.109	18,76	340,6	18,2
	Frauen	45.011	833.449	13,99	259,0	18,5
	Ingesamt	98.931	1.812.558	16,24	297,5	18,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.983	38.050	1,04	13,2	12,8
	Frauen	12.462	104.026	3,87	32,3	8,4
	Ingesamt	15.445	142.076	2,54	23,3	9,2
Schwangerschaft , Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	6.107	76.838	1,90	23,9	12,6
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12.818	131.025	4,46	45,6	10,2
	Frauen	20.733	183.257	6,44	57,0	8,8
	Ingesamt	33.551	314.282	5,51	51,6	9,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	30.877	602.313	10,74	209,5	19,5
	Frauen	20.100	347.702	6,25	108,1	17,3
	Ingesamt	50.977	950.015	8,37	155,9	18,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	2.968	61.050	1,03	21,2	20,6
	Frauen	6.186	113.641	1,92	35,3	18,4
	Ingesamt	9.154	174.691	1,50	28,7	19,1
Zusammen	Männer	283.100	3.599.696	98,48	1.252,3	12,7
	Frauen	343.662	3.893.416	106,80	1.209,9	11,3
	Ingesamt	626.762	7.493.112	102,87	1.229,9	12,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	11.798	248.661	4,10	86,5	21,1
	Frauen	5.599	105.134	1,74	32,7	18,8
	Ingesamt	17.397	353.795	2,86	58,1	20,3

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10.767	68.433	11,42	72,6	6,4
	Frauen	19.791	119.278	12,54	75,6	6,0
	Ingesamt	30.558	187.711	12,12	74,5	6,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.708	56.412	1,81	59,9	33,0
	Frauen	3.809	143.433	2,41	90,9	37,7
	Ingesamt	5.517	199.845	2,19	79,3	36,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	695	11.550	0,74	12,3	16,6
	Frauen	1.272	23.310	0,81	14,8	18,3
	Ingesamt	1.967	34.860	0,78	13,8	17,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.846	168.045	5,14	178,3	34,7
	Frauen	13.399	427.031	8,49	270,5	31,9
	Ingesamt	18.245	595.076	7,24	236,0	32,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2.167	36.727	2,30	39,0	17,0
	Frauen	6.362	76.657	4,03	48,6	12,1
	Ingesamt	8.529	113.384	3,38	45,0	13,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.505	11.913	1,60	12,6	7,9
	Frauen	2.739	19.738	1,74	12,5	7,2
	Ingesamt	4.244	31.651	1,68	12,6	7,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.611	14.977	1,71	15,9	9,3
	Frauen	3.175	29.702	2,01	18,8	9,4
	Ingesamt	4.786	44.679	1,90	17,7	9,3
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4.081	90.037	4,33	95,5	22,1
	Frauen	6.023	92.341	3,82	58,5	15,3
	Ingesamt	10.104	182.378	4,01	72,3	18,1
EKrankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	32.918	239.775	34,93	254,4	7,3
	Frauen	71.597	480.376	45,36	304,3	6,7
	Ingesamt	104.515	720.151	41,46	285,7	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	13.962	91.994	14,81	97,6	6,6
	Frauen	25.445	137.701	16,12	87,2	5,4
	Ingesamt	39.407	229.695	15,63	91,1	5,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.866	22.741	1,98	24,1	12,2
	Frauen	2.501	26.573	1,58	16,8	10,6
	Ingesamt	4.367	49.314	1,73	19,6	11,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	26.252	485.991	27,85	515,6	18,5
	Frauen	32.473	579.700	20,57	367,2	17,9
	Ingesamt	58.725	1.065.691	23,29	422,7	18,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.440	17.407	1,53	18,5	12,1
	Frauen	7.940	72.613	5,03	46,0	9,2
	Ingesamt	9.380	90.020	3,72	35,7	9,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.566	34.787	1,63	22,0	13,6
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	5.133	57.935	5,45	61,5	11,3
	Frauen	12.432	112.806	7,88	71,5	9,1
	Ingesamt	17.565	170.741	6,97	67,7	9,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	11.346	223.255	12,04	236,9	19,7
	Frauen	12.484	226.826	7,91	143,7	18,2
	Ingesamt	23.830	450.081	9,45	178,5	18,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.182	23.121	1,25	24,5	19,6
	Frauen	3.623	71.474	2,30	45,3	19,7
	Ingesamt	4.805	94.595	1,91	37,5	19,7
Zusammen	Männer	121.712	1.625.185	129,14	1.724,4	13,4
	Frauen	228.224	2.686.064	144,58	1.701,6	11,8
	Ingesamt	349.936	4.311.249	138,81	1.710,1	12,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.981	85.795	4,22	91,0	21,6
	Frauen	2.985	51.818	1,89	32,8	17,4
	Ingesamt	6.966	137.613	2,76	54,6	19,8

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.738	25.994	12,38	56,1	4,5
	Frauen	13.841	69.370	12,85	64,4	5,0
	Ingesamt	19.579	95.364	12,71	61,9	4,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	384	12.908	0,83	27,8	33,6
	Frauen	1.809	70.016	1,68	65,0	38,7
	Ingesamt	2.193	82.924	1,42	53,8	37,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	178	2.757	0,38	6,0	15,5
	Frauen	568	8.397	0,53	7,8	14,8
	Ingesamt	746	11.154	0,48	7,2	15,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.867	55.832	4,03	120,4	29,9
	Frauen	7.290	224.296	6,77	208,3	30,8
	Ingesamt	9.157	280.128	5,94	181,9	30,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	913	9.123	1,97	19,7	10,0
	Frauen	3.218	32.932	2,99	30,6	10,2
	Ingesamt	4.131	42.055	2,68	27,3	10,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	453	3.199	0,98	6,9	7,1
	Frauen	1.605	8.454	1,49	7,9	5,3
	Ingesamt	2.058	11.653	1,34	7,6	5,7
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	607	4.098	1,31	8,8	6,8
	Frauen	2.016	18.977	1,87	17,6	9,4
	Ingesamt	2.623	23.075	1,70	15,0	8,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.034	20.221	2,23	43,6	19,6
	Frauen	2.973	43.296	2,76	40,2	14,6
	Ingesamt	4.007	63.517	2,60	41,2	15,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	15.197	87.962	32,78	189,8	5,8
	Frauen	46.100	276.432	42,81	256,7	6,0
	Ingesamt	61.297	364.394	39,80	236,6	5,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	6.059	32.470	13,07	70,0	5,4
	Frauen	15.245	78.035	14,16	72,5	5,1
	Ingesamt	21.304	110.505	13,83	71,7	5,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	642	7.091	1,38	15,3	11,1
	Frauen	1.303	10.125	1,21	9,4	7,8
	Ingesamt	1.945	17.216	1,26	11,2	8,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	6.063	87.807	13,08	189,4	14,5
	Frauen	14.970	243.676	13,90	226,3	16,3
	Ingesamt	21.033	331.483	13,66	215,2	15,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	430	4.752	0,93	10,3	11,1
	Frauen	4.573	40.974	4,25	38,1	9,0
	Ingesamt	5.003	45.726	3,25	29,7	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.550	18.993	1,44	17,6	12,3
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.864	17.194	6,18	37,1	6,0
	Frauen	7.723	60.957	7,17	56,6	7,9
	Ingesamt	10.587	78.151	6,87	50,7	7,4
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	4.454	67.879	9,61	146,4	15,2
	Frauen	7.362	130.374	6,84	121,1	17,7
	Ingesamt	11.816	198.253	7,67	128,7	16,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	397	7.801	0,86	16,8	19,7
	Frauen	1.974	37.751	1,83	35,1	19,1
	Ingesamt	2.371	45.552	1,54	29,6	19,2
Zusammen	Männer	47.368	449.198	102,18	969,0	9,5
	Frauen	134.442	1.380.102	124,86	1.281,8	10,3
	Ingesamt	181.810	1.829.300	118,04	1.187,6	10,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.187	18.926	2,56	40,8	15,9
	Frauen	2.052	37.836	1,91	35,1	18,4
	Ingesamt	3.239	56.762	2,10	36,9	17,5

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	9.509	55.201	10,15	58,9	5,8
	Frauen	48.645	271.371	10,57	59,0	5,6
	Ingesamt	58.154	326.572	10,50	59,0	5,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.039	34.826	1,11	37,2	33,5
	Frauen	6.871	303.361	1,49	65,9	44,2
	Ingesamt	7.910	338.187	1,43	61,0	42,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	333	7.206	0,36	7,7	21,6
	Frauen	2.305	46.264	0,50	10,1	20,1
	Ingesamt	2.638	53.470	0,48	9,7	20,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.819	213.131	5,14	227,4	44,2
	Frauen	29.453	1.118.182	6,40	242,9	38,0
	Ingesamt	34.272	1.331.313	6,19	240,3	38,9
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.516	27.783	1,62	29,7	18,3
	Frauen	11.831	181.758	2,57	39,5	15,4
	Ingesamt	13.347	209.541	2,41	37,8	15,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	882	7.896	0,94	8,4	9,0
	Frauen	4.300	33.227	0,93	7,2	7,7
	Ingesamt	5.182	41.123	0,94	7,4	7,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.090	9.741	1,16	10,4	8,9
	Frauen	5.997	62.005	1,30	13,5	10,3
	Ingesamt	7.087	71.746	1,28	13,0	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.369	59.067	2,53	63,0	24,9
	Frauen	11.722	198.322	2,55	43,1	16,9
	Ingesamt	14.091	257.389	2,54	46,5	18,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	25.740	172.316	27,47	183,9	6,7
	Frauen	142.755	929.609	31,01	202,0	6,5
	Ingesamt	168.495	1.101.925	30,41	198,9	6,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.392	74.159	11,09	79,1	7,1
	Frauen	53.121	334.216	11,54	72,6	6,3
	Ingesamt	63.513	408.375	11,46	73,7	6,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.380	17.655	1,47	18,8	12,8
	Frauen	5.733	69.804	1,25	15,2	12,2
	Ingesamt	7.113	87.459	1,28	15,8	12,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	15.081	302.152	16,09	322,4	20,0
	Frauen	68.772	1.585.107	14,94	344,4	23,1
	Ingesamt	83.853	1.887.259	15,14	340,7	22,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	966	11.309	1,03	12,1	11,7
	Frauen	17.157	180.330	3,73	39,2	10,5
	Ingesamt	18.123	191.639	3,27	34,6	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	9.157	122.458	1,99	26,6	13,4
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.747	39.818	4,00	42,5	10,6
	Frauen	26.966	277.314	5,86	60,3	10,3
	Ingesamt	30.713	317.132	5,54	57,2	10,3
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.114	169.007	8,66	180,4	20,8
	Frauen	31.765	658.065	6,90	143,0	20,7
	Ingesamt	39.879	827.072	7,20	149,3	20,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.044	30.201	1,11	32,2	28,9
	Frauen	8.879	200.290	1,93	43,5	22,6
	Ingesamt	9.923	230.491	1,79	41,6	23,2
Zusammen	Männer	88.177	1.236.438	94,09	1.319,4	14,0
	Frauen	486.742	6.599.306	105,75	1.433,7	13,6
	Ingesamt	574.919	7.835.744	103,77	1.414,4	13,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.371	48.176	2,53	51,4	20,3
	Frauen	8.885	179.282	1,93	39,0	20,2
	Ingesamt	11.256	227.458	2,03	41,1	20,2

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.437	17.429	11,87	84,9	7,2
	Frauen	461	2.547	10,15	56,1	5,5
	Ingesamt	2.898	19.976	11,56	79,7	6,9
Neubildungen (C00–D48)	Männer	352	11.538	1,71	56,2	32,8
	Frauen	77	2.043	1,70	45,0	26,5
	Ingesamt	429	13.581	1,71	54,2	31,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	186	2.407	0,91	11,7	12,9
	Frauen	19	218	0,42	4,8	11,5
	Ingesamt	205	2.625	0,82	10,5	12,8
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	875	29.134	4,26	141,9	33,3
	Frauen	293	10.070	6,45	221,8	34,4
	Ingesamt	1.168	39.204	4,66	156,4	33,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	473	10.481	2,30	51,0	22,2
	Frauen	175	1.801	3,85	39,7	10,3
	Ingesamt	648	12.282	2,58	49,0	19,0
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	297	2.814	1,45	13,7	9,5
	Frauen	71	320	1,56	7,1	4,5
	Ingesamt	368	3.134	1,47	12,5	8,5
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	345	3.143	1,68	15,3	9,1
	Frauen	72	800	1,59	17,6	11,1
	Ingesamt	417	3.943	1,66	15,7	9,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.009	27.644	4,91	134,6	27,4
	Frauen	122	1.279	2,69	28,2	10,5
	Ingesamt	1.131	28.923	4,51	115,4	25,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.507	57.546	31,69	280,2	8,8
	Frauen	1.635	10.540	36,01	232,1	6,5
	Ingesamt	8.142	68.086	32,47	271,5	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.284	24.696	15,99	120,3	7,5
	Frauen	736	4.109	16,21	90,5	5,6
	Ingesamt	4.020	28.805	16,03	114,9	7,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	461	8.040	2,24	39,2	17,4
	Frauen	65	512	1,43	11,3	7,9
	Ingesamt	526	8.552	2,10	34,1	16,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	7.089	156.815	34,52	763,7	22,1
	Frauen	770	13.822	16,96	304,4	18,0
	Ingesamt	7.859	170.637	31,34	680,5	21,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	340	4.608	1,66	22,4	13,6
	Frauen	186	1.297	4,10	28,6	7,0
	Ingesamt	526	5.905	2,10	23,6	11,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	70	974	1,54	21,5	13,9
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.161	15.273	5,65	74,4	13,2
	Frauen	301	2.464	6,63	54,3	8,2
	Ingesamt	1.462	17.737	5,83	70,7	12,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	3.556	80.940	17,32	394,2	22,8
	Frauen	322	4.571	7,09	100,7	14,2
	Ingesamt	3.878	85.511	15,47	341,0	22,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	345	7.142	1,68	34,8	20,7
	Frauen	83	1.292	1,83	28,5	15,6
	Ingesamt	428	8.434	1,71	33,6	19,7
Zusammen	Männer	28.776	461.344	140,13	2.246,7	16,0
	Frauen	5.479	59.199	120,67	1.303,8	10,8
	Ingesamt	34.255	520.543	136,61	2.075,9	15,2
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.915	48.420	9,33	235,8	25,3
	Frauen	98	1.511	2,16	33,3	15,4
	Ingesamt	2.013	49.931	8,03	199,1	24,8

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.114	7.681	7,39	50,9	6,9
	Frauen	1.515	8.954	8,27	48,9	5,9
	Ingesamt	2.629	16.635	7,87	49,8	6,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	188	6.661	1,25	44,2	35,4
	Frauen	261	9.530	1,42	52,0	36,5
	Ingesamt	449	16.191	1,34	48,5	36,1
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	57	1.096	0,38	7,3	19,2
	Frauen	88	2.107	0,48	11,5	23,9
	Ingesamt	145	3.203	0,43	9,6	22,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	593	21.716	3,93	144,0	36,6
	Frauen	1.111	43.137	6,07	235,5	38,8
	Ingesamt	1.704	64.853	5,10	194,2	38,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	203	4.629	1,35	30,7	22,8
	Frauen	406	8.002	2,22	43,7	19,7
	Ingesamt	609	12.631	1,82	37,8	20,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	126	1.716	0,84	11,4	13,6
	Frauen	143	965	0,78	5,3	6,8
	Ingesamt	269	2.681	0,81	8,0	10,0
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	168	2.401	1,11	15,9	14,3
	Frauen	240	2.474	1,31	13,5	10,3
	Ingesamt	408	4.875	1,22	14,6	12,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	349	8.253	2,31	54,7	23,7
	Frauen	404	7.458	2,21	40,7	18,5
	Ingesamt	753	15.711	2,25	47,0	20,9
EKrankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	3.614	27.083	23,96	179,6	7,5
	Frauen	5.383	39.767	29,39	217,1	7,4
	Ingesamt	8.997	66.850	26,94	200,2	7,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	1.424	10.002	9,44	66,3	7,0
	Frauen	1.918	12.296	10,47	67,1	6,4
	Ingesamt	3.342	22.298	10,01	66,8	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	185	2.002	1,23	13,3	10,8
	Frauen	216	2.518	1,18	13,8	11,7
	Ingesamt	401	4.520	1,20	13,5	11,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	2.507	52.198	16,62	346,1	20,8
	Frauen	2.490	54.157	13,59	295,7	21,8
	Ingesamt	4.997	106.355	14,96	318,4	21,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	129	1.383	0,86	9,2	10,7
	Frauen	658	6.776	3,59	37,0	10,3
	Ingesamt	787	8.159	2,36	24,4	10,4
Schwangerschaft , Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	260	3.722	1,42	20,3	14,3
	Ingesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	549	8.165	3,64	54,1	14,9
	Frauen	1.008	10.449	5,50	57,1	10,4
	Ingesamt	1.557	18.614	4,66	55,7	12,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	1.610	41.010	10,67	271,9	25,5
	Frauen	1.217	27.254	6,64	148,8	22,4
	Ingesamt	2.827	68.264	8,46	204,4	24,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	140	4.213	0,93	27,9	30,1
	Frauen	311	6.977	1,70	38,1	22,4
	Ingesamt	451	11.190	1,35	33,5	24,8
Zusammen	Männer	12.984	200.819	86,08	1.331,5	15,5
	Frauen	17.683	247.272	96,54	1.350,0	14,0
	Ingesamt	30.667	448.091	91,82	1.341,6	14,6
davon Arbeitsunfälle	Männer	767	22.763	5,09	150,9	29,7
	Frauen	415	10.412	2,27	56,8	25,1
	Ingesamt	1.182	33.175	3,54	99,3	28,1

Beschäftigte BKK Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen

4a

Bundesgebiet

Seite
A 54

Wirtschaftsgruppen	Schlüssel**	BKK Beschäftigte* 2010			Beschäftigte Gesamtdeutschland ***			Anteil BKK in %
		Männer	Frauen	insg.	Männer	Frauen	insg.	
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	1–3	12.024	7.186	19.210	149.161	71.598	220.759	8,7
Nahrung, Genuss	10–12	52.854	46.622	99.476	336.539	314.533	651.072	15,3
Textil, Bekleidung, Leder	13–15	10.842	11.742	22.584	58.034	71.083	129.117	17,5
Holz, Papier, Druck	16–18	57.570	19.148	76.718	293.861	102.148	396.009	19,4
Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	16	11.406	2.558	13.964	91.122	18.356	109.478	12,8
Papiergewerbe	17	24.754	5.869	30.623	95.566	29.155	124.721	24,6
Druck	18	21.411	10.721	32.132	107.173	54.637	161.810	19,9
Chemie	19–22	178.016	64.393	242.410	573.053	229.098	802.151	30,2
Kokerei, Mineralölverarbeitung	19	11.454	2.097	13.550	23.541	4.981	28.522	47,5
Chemische Industrie	20–21	119.109	46.587	165.696	296.136	138.485	434.621	38,1
Gummi- und Kunststoffwaren	22	47.454	15.710	63.164	253.376	85.632	339.008	18,6
Glas, Keramik, Steine/Erden	23	31.330	8.518	39.847	159.291	39.121	198.412	20,1
Metallerzeugung	24–25	178.738	33.436	212.175	865.318	174.705	1.040.023	20,4
Metallerzeugung und -bearbeitung	24	83.374	9.782	93.156	268.711	36.820	305.531	30,5
Herstellung von Metallerzeugnissen	25	95.364	23.655	119.019	596.607	137.885	734.492	16,2
Metallverarbeitung	26–30	708.939	164.146	873.085	2.077.724	498.820	2.576.544	33,9
Elektron. und Elektrotechn. Fertigung	26–27	148.355	63.455	211.810	521.938	212.775	734.713	28,8
Maschinenbau	28	198.586	37.984	236.570	791.814	147.395	939.209	25,2
KFZ-Bau	29	338.153	58.799	396.952	649.750	119.838	769.588	51,6
Sonstiger Fahrzeugbau	30	23.845	3.908	27.753	114.222	18.812	133.034	20,9
Möbel u. sonstige Erzeugnisse	31–32	34.634	23.921	58.555	199.216	127.621	326.837	17,9
Energie- und Wasserversorgung	35–37	69.216	22.395	91.612	231.697	75.171	306.868	29,9
Abfallbeseitigung und Recycling	38–39	21.303	4.620	25.922	130.981	25.096	156.077	16,6
Baugewerbe	41–43	179.328	30.930	210.258	1.398.983	206.127	1.605.110	13,1
Handel	45–47	344.794	386.186	730.981	1.925.782	2.077.231	4.003.013	18,3
KFZ-Werkstätten	45	89.006	24.631	113.637	470.289	114.000	584.289	19,4
Großhandel	46	150.798	97.155	247.953	844.317	477.060	1.321.377	18,8
Einzelhandel	47	104.990	264.400	369.390	611.176	1.486.171	2.097.347	17,6
Verkehr	49–52	211.238	64.346	275.584	949.053	251.085	1.200.138	23,0
Landverkehr	49	102.485	20.770	123.256	412.742	73.269	486.011	25,4
Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	50–52	108.752	43.576	152.328	536.311	177.816	714.127	21,3
Postdienste	53	35.991	48.737	84.728	105.275	102.133	207.408	40,9
Gastgewerbe	55–56	43.903	64.180	108.083	359.963	486.410	846.373	12,8
Verlage und Medien	58–60	17.108	22.182	39.290	115.781	120.427	236.208	16,6
Telekommunikation	61	26.549	7.403	33.952	55.597	19.186	74.783	45,4
Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	62–63	69.190	34.710	103.900	359.540	153.232	512.772	20,3
Kredit- und Versicherungsgewerbe	64–66	96.937	148.443	245.381	437.558	560.866	998.424	24,6
Dienstleistungen	68–82	333.151	333.889	667.039	1.906.581	1.714.123	3.620.704	18,4
Grundstücke und Vermietungen	68	17.715	19.931	37.646	101.639	107.161	208.800	18,0
Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl	69–75	145.977	184.642	330.619	741.190	835.565	1.576.755	21,0
Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	78	80.762	39.656	120.418	525.728	222.694	748.422	16,1
sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	77, 79–82	88.696	89.660	178.356	538.024	548.703	1.086.727	16,4
Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	84	98.408	159.286	257.694	635.991	1.041.574	1.677.565	15,4
Erziehung und Unterricht	85	48.261	108.521	156.782	361.551	735.177	1.096.728	14,3
Gesundheits- u. Sozialwesen	86–88	98.905	462.847	561.752	688.539	2.790.568	3.479.107	16,1
Gesundheitswesen	86	53.352	295.738	349.090	382.739	1.669.728	2.052.467	17,0
Sozialwesen	87–88	45.554	167.109	212.663	305.800	1.120.840	1.426.640	14,9
Kultur, Sport und Unterhaltung	90–93	15.781	18.513	34.294	112.809	120.742	233.551	14,7
Übrige	5–9;33;99	117.406	62.428	179.833	211.407	41.029	252.436	71,2
Gesamt		3.143.858	2.455.050	5.598.907	14.975.593	12.734.894	27.710.487	20,2

* Pflicht- und freiwillige Mitglieder

** Verzeichnis der Wirtschaftszweige, Bundesagentur für Arbeit

*** Bundesagentur für Arbeit: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Deutschland nach Wirtschaftsgruppen (WZ2008) am Stichtag 30. Juni 2010

Arbeitsunfälle der beschäftigten Pflichtmitglieder nach Wirtschaftsgruppen

5

Fälle je 1.000

Seite
A 56

Schädigungsart	Geschlecht	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	Nahrung, Genuss	Textil, Bekleidung, Leder	Holz, Papier, Druck	Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	Papiergewerbe	Druck	Chemie	Kokerei, Mineralölverarbeitung	Chemische Industrie	Gummi- und Kunststoffwaren
Verletzungen des Kopfes	Männer	5,0	3,9	2,6	3,3	5,9	2,6	2,7	1,9	0,6	1,5	3,1
	Frauen	3,5	2,3	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2	1,4	1,9	1,2	1,9
	insg.	4,5	3,1	1,8	2,8	5,0	2,3	2,2	1,8	0,9	1,4	2,8
Verletzungen des Halses	Männer	1,4	1,9	1,6	1,3	1,8	0,9	1,3	1,2	0,5	1,2	1,5
	Frauen	2,0	2,0	2,0	1,7	1,6	1,4	1,8	1,9	0,6	1,9	2,0
	insg.	1,6	1,9	1,8	1,4	1,8	1,0	1,5	1,4	0,5	1,4	1,6
Verletzungen des Thorax	Männer	3,9	2,6	1,6	1,9	3,7	1,6	1,3	1,1	0,5	0,9	1,8
	Frauen	2,3	1,3	0,6	0,4	0,8	0,2	0,4	0,3	0,6	0,3	0,3
	insg.	3,3	2,0	1,0	1,5	3,1	1,3	1,0	0,9	0,5	0,7	1,4
Verletz.d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	2,0	2,0	0,7	0,9	1,6	0,6	0,9	0,6	0,6	0,5	0,7
	Frauen	2,1	1,2	0,6	0,8	0,4	0,4	1,2	0,5	0,0	0,6	0,5
	insg.	2,0	1,6	0,7	0,9	1,3	0,6	1,0	0,6	0,5	0,5	0,6
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	3,8	2,8	2,2	1,6	1,8	1,7	1,3	1,2	0,6	1,1	1,5
	Frauen	2,0	1,1	0,9	0,5	1,6	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,7
	insg.	3,1	2,0	1,5	1,3	1,8	1,4	1,0	1,0	0,6	0,9	1,3
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	2,9	2,5	1,9	2,0	3,1	1,6	2,0	1,1	0,8	0,8	1,6
	Frauen	1,7	1,6	1,0	0,5	1,2	0,4	0,4	0,6	0,0	0,6	0,7
	insg.	2,4	2,1	1,4	1,6	2,8	1,3	1,4	0,9	0,6	0,7	1,4
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	15,7	12,7	10,7	12,9	22,9	9,5	11,2	6,2	2,6	3,6	12,0
	Frauen	8,2	7,7	3,5	4,4	4,4	5,1	4,0	2,6	0,6	1,9	4,8
	insg.	12,9	10,3	6,8	10,7	19,5	8,6	8,7	5,2	2,2	3,1	10,1
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	1,9	0,7	0,8	0,6	0,9	0,5	0,4	0,5	0,3	0,5	0,4
	Frauen	0,7	0,4	0,1	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,0	0,2	0,3
	insg.	1,4	0,6	0,4	0,5	0,8	0,4	0,4	0,4	0,2	0,4	0,4
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	9,2	5,3	2,8	4,2	7,0	3,7	3,1	2,6	2,3	2,1	3,7
	Frauen	3,5	3,2	1,2	1,6	0,8	1,6	1,7	1,7	1,3	1,5	2,4
	insg.	7,1	4,3	1,9	3,5	5,9	3,3	2,6	2,3	2,1	1,9	3,3
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	8,5	6,3	6,0	6,0	9,9	5,2	4,8	3,5	3,0	2,8	4,9
	Frauen	6,6	3,5	1,7	2,0	4,4	1,6	1,6	1,9	0,6	1,7	2,6
	insg.	7,8	5,0	3,6	5,0	8,8	4,5	3,7	3,0	2,6	2,4	4,3
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	1,8	1,1	0,7	0,7	1,6	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3
	Frauen	0,7	0,8	0,3	0,3	1,2	0,4	0,0	0,3	0,0	0,3	0,4
	insg.	1,4	0,9	0,5	0,6	1,6	0,4	0,2	0,3	0,1	0,3	0,4
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	12,8	10,4	8,6	9,8	19,8	6,4	8,0	5,4	2,6	3,4	10,0
	Frauen	6,9	6,0	2,1	3,0	3,6	3,5	2,5	2,2	1,3	1,6	3,8
	insg.	10,6	8,3	5,1	8,0	16,8	5,9	6,1	4,5	2,3	2,8	8,3
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	3,2	0,6	0,9	1,0	3,0	0,5	0,4	0,5	0,5	0,3	0,8
	Frauen	0,6	0,1	0,2	0,2	0,8	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
	insg.	2,2	0,4	0,5	0,8	2,6	0,4	0,3	0,3	0,4	0,2	0,6

Schädigungsart	Geschlecht	Glas, Keramik, Steine/Erden	Metallerzeugung	Metallerzeugung und -bearbeitung	Herstellung von Metallerzeugnissen	Metallverarbeitung	Elektronische und Elektrotechnische Fertigung	Maschinenbau	KFZ-Bau	Sonstiger Fahrzeugbau	Möbel u. sonstige Erzeugnisse	Energie- und Wasserwirtschaft
Verletzungen des Kopfes	Männer	3,9	3,6	2,9	4,2	2,2	1,1	2,9	2,1	3,0	2,4	2,8
	Frauen	1,0	1,3	1,1	1,4	1,3	1,0	1,0	1,8	0,9	1,5	1,1
	insg.	3,2	3,3	2,7	3,6	2,0	1,1	2,6	2,1	2,7	2,0	2,3
Verletzungen des Halses	Männer	1,3	1,3	1,2	1,4	1,2	0,8	1,2	1,3	1,6	1,3	1,5
	Frauen	1,9	1,8	2,1	1,7	1,7	1,2	1,6	2,3	2,7	1,8	2,1
	insg.	1,5	1,4	1,3	1,4	1,3	1,0	1,3	1,5	1,8	1,5	1,7
Verletzungen des Thorax	Männer	2,5	1,6	1,5	1,7	1,1	0,6	1,3	1,2	1,7	1,1	1,4
	Frauen	0,9	0,4	0,2	0,4	0,3	0,1	0,4	0,5	0,0	0,4	0,7
	insg.	2,2	1,4	1,4	1,4	1,0	0,5	1,1	1,1	1,4	0,8	1,2
Verletz.d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	1,4	1,0	0,9	1,2	0,7	0,5	0,8	0,7	0,8	1,0	1,2
	Frauen	1,2	0,8	0,7	0,9	0,6	0,4	0,6	0,8	0,3	0,7	0,6
	insg.	1,4	1,0	0,9	1,1	0,7	0,5	0,8	0,7	0,7	0,9	1,0
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	1,8	1,5	1,4	1,6	1,1	0,6	1,3	1,1	1,8	1,1	1,4
	Frauen	1,0	0,3	0,0	0,4	0,7	0,4	0,4	1,1	0,9	0,7	0,5
	insg.	1,6	1,3	1,3	1,4	1,0	0,5	1,2	1,1	1,6	0,9	1,1
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	2,1	2,2	2,1	2,2	1,2	0,7	1,6	1,1	1,7	1,6	1,5
	Frauen	0,7	1,0	1,0	1,0	0,8	0,5	0,7	1,1	0,0	0,8	0,7
	insg.	1,8	2,0	2,0	2,0	1,1	0,6	1,4	1,1	1,4	1,2	1,2
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	12,1	14,7	11,1	17,8	7,7	4,5	12,2	6,1	9,3	10,9	6,6
	Frauen	4,0	3,7	3,2	3,8	3,0	2,0	2,7	4,3	1,8	3,2	1,7
	insg.	10,2	12,9	10,3	14,9	6,7	3,6	10,5	5,8	8,2	7,6	5,1
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	0,7	0,8	1,0	0,7	0,4	0,2	0,4	0,4	0,8	0,4	0,6
	Frauen	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,0	0,4
	insg.	0,6	0,7	0,9	0,6	0,4	0,2	0,4	0,4	0,7	0,2	0,5
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	4,8	4,6	4,5	4,6	2,9	1,4	3,5	2,9	4,4	2,8	4,1
	Frauen	1,5	1,5	1,7	1,4	1,6	0,9	1,2	2,4	2,7	1,3	1,6
	insg.	4,1	4,1	4,2	4,0	2,6	1,3	3,1	2,8	4,1	2,2	3,4
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	6,7	6,1	6,1	6,1	3,6	2,0	4,4	3,6	4,7	5,0	4,8
	Frauen	1,8	2,1	1,7	2,3	2,0	1,3	1,8	3,0	1,8	1,8	2,3
	insg.	5,6	5,4	5,6	5,3	3,2	1,7	3,9	3,5	4,3	3,7	4,1
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	0,9	1,0	0,8	1,1	0,4	0,2	0,6	0,3	0,4	0,7	0,5
	Frauen	0,1	0,5	0,3	0,5	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
	insg.	0,7	0,9	0,8	1,0	0,4	0,2	0,5	0,3	0,4	0,5	0,5
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	11,6	11,7	8,9	14,0	6,9	3,7	10,2	6,1	8,2	11,2	4,8
	Frauen	2,9	3,1	1,6	3,6	2,2	1,6	2,0	2,9	2,1	2,4	1,2
	insg.	9,7	10,3	8,1	11,9	5,9	2,9	8,7	5,6	7,3	7,4	3,8
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	2,2	6,2	4,5	7,7	2,0	0,7	3,9	1,2	3,6	1,5	1,2
	Frauen	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1
	insg.	1,8	5,2	4,0	6,2	1,6	0,5	3,2	1,1	3,0	0,9	0,8

Schädigungsart	Geschlecht	Abfallbeseitigung und Recycling	Baugewerbe	Handel	Kfz-Werkstätten	Großhandel	Einzelhandel	Verkehr	Landverkehr	Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	Postdienste	Gastgewerbe
Verletzungen des Kopfes	Männer	6,0	6,2	3,0	5,1	2,4	2,0	3,8	3,7	3,9	4,1	1,6
	Frauen	1,5	1,0	1,5	1,4	1,0	1,7	1,7	2,4	1,4	5,3	1,9
	insg.	5,2	5,4	2,2	4,2	1,8	1,8	3,3	3,5	3,2	4,8	1,8
Verletzungen des Halses	Männer	2,6	2,1	1,8	2,0	1,8	1,6	2,3	2,5	2,1	3,2	1,1
	Frauen	2,6	1,3	1,8	2,4	2,1	1,7	2,4	3,2	2,1	3,8	1,4
	insg.	2,6	1,9	1,8	2,1	1,9	1,6	2,3	2,6	2,1	3,5	1,3
Verletzungen des Thorax	Männer	4,2	3,6	1,6	1,5	1,9	1,3	2,8	2,8	2,7	4,5	0,8
	Frauen	0,4	0,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,9	1,6	0,6	3,5	0,8
	insg.	3,6	3,1	1,0	1,3	1,3	0,7	2,3	2,6	2,1	3,9	0,8
Verletz.d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	3,3	2,1	1,1	0,9	1,1	1,1	1,9	1,9	2,0	3,4	0,7
	Frauen	1,1	0,6	0,9	0,8	0,7	0,9	1,2	1,8	1,0	4,9	1,2
	insg.	2,9	1,9	1,0	0,9	0,9	1,0	1,8	1,9	1,7	4,3	1,0
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	5,2	2,9	1,6	1,8	1,7	1,3	2,7	2,9	2,6	4,7	1,1
	Frauen	0,2	0,3	0,7	0,8	0,5	0,7	1,2	1,6	1,0	4,4	1,0
	insg.	4,3	2,5	1,1	1,6	1,2	0,9	2,4	2,7	2,1	4,5	1,0
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	3,8	3,3	1,5	1,6	1,5	1,2	2,2	1,9	2,4	3,8	1,1
	Frauen	1,8	0,7	0,9	0,6	0,7	1,0	1,1	1,5	0,9	4,6	1,3
	insg.	3,4	2,9	1,1	1,4	1,2	1,0	1,9	1,9	2,0	4,3	1,3
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	16,2	18,4	8,8	14,7	6,8	6,6	8,1	8,1	8,1	8,6	8,7
	Frauen	3,3	1,8	3,7	2,1	1,8	4,5	3,5	5,4	2,6	10,6	5,9
	insg.	13,8	15,9	6,0	11,9	4,7	5,0	7,0	7,7	6,5	9,7	7,0
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	1,7	1,2	0,6	0,7	0,7	0,4	1,0	0,9	1,1	2,1	0,4
	Frauen	0,4	0,2	0,3	0,1	0,2	0,3	0,5	0,7	0,4	2,0	0,4
	insg.	1,4	1,0	0,4	0,5	0,5	0,3	0,9	0,9	0,9	2,0	0,4
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	11,1	7,3	3,6	4,2	3,8	2,8	6,7	6,9	6,6	10,8	2,4
	Frauen	2,9	1,5	1,8	1,4	1,6	1,9	3,9	6,3	2,7	13,4	2,5
	insg.	9,6	6,4	2,6	3,6	2,9	2,2	6,1	6,8	5,4	12,3	2,5
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	14,3	10,4	5,0	4,7	5,6	4,6	8,9	8,3	9,4	14,6	3,1
	Frauen	2,6	1,8	2,9	1,7	1,8	3,3	4,6	7,1	3,4	15,4	4,4
	insg.	12,2	9,1	3,8	4,0	4,0	3,7	7,8	8,1	7,7	15,1	3,9
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	1,6	1,5	0,6	0,7	0,6	0,5	3,3	4,8	1,9	0,7	0,6
	Frauen	0,2	0,4	0,3	0,3	0,2	0,3	2,1	4,4	1,0	0,9	0,5
	insg.	1,4	1,4	0,4	0,6	0,4	0,4	3,0	4,7	1,6	0,8	0,6
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	11,9	16,5	7,7	12,2	6,6	5,5	6,8	6,6	7,0	9,4	8,0
	Frauen	3,3	2,2	3,2	1,6	2,1	3,8	2,5	4,1	1,8	8,9	5,5
	insg.	10,4	14,4	5,3	9,8	4,7	4,3	5,8	6,2	5,4	9,1	6,5
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	2,0	4,4	1,4	3,4	0,8	0,3	0,8	0,9	0,7	0,3	0,1
	Frauen	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
	insg.	1,6	3,8	0,6	2,7	0,5	0,1	0,6	0,7	0,5	0,1	0,0

Schädigungsart	Geschlecht	Verlage und Medien	Telekommunikation	Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	Kredit- und Versicherungsgewerbe	Dienstleistungen	Grundstücks- und Wohnungswesen	Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl.	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	Erziehung und Unterricht
Verletzungen des Kopfes	Männer	1,1	2,0	0,6	0,5	2,7	1,7	1,0	4,5	3,4	3,2	1,5
	Frauen	1,2	1,6	0,7	0,8	1,5	1,0	1,0	1,9	2,3	1,8	1,8
	insg.	1,1	1,9	0,6	0,7	2,0	1,3	1,0	3,6	2,8	2,3	1,7
Verletzungen des Halses	Männer	0,5	1,7	0,9	1,3	1,7	1,2	1,0	2,2	2,1	1,5	1,4
	Frauen	1,8	2,6	2,1	2,0	2,0	1,6	1,6	3,8	2,0	2,0	1,7
	insg.	1,3	1,9	1,4	1,8	1,8	1,4	1,4	2,7	2,0	1,8	1,6
Verletzungen des Thorax	Männer	0,5	1,2	0,5	0,2	1,8	1,9	0,8	2,5	2,4	2,0	0,8
	Frauen	0,3	0,4	0,4	0,2	0,6	0,7	0,3	1,1	0,9	0,6	0,6
	insg.	0,4	1,0	0,5	0,2	1,1	1,2	0,5	2,0	1,6	1,1	0,7
Verletz.d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	0,5	1,1	0,3	0,3	1,2	0,7	0,4	1,8	1,6	1,4	0,7
	Frauen	0,4	0,6	0,5	0,4	0,9	0,6	0,5	1,5	1,4	0,8	0,9
	insg.	0,5	1,0	0,4	0,4	1,0	0,6	0,5	1,7	1,5	1,0	0,8
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	0,9	1,4	0,4	0,5	1,5	1,8	0,6	2,4	1,9	1,9	0,9
	Frauen	0,3	0,9	0,5	0,3	0,6	0,5	0,3	0,9	1,1	0,8	0,7
	insg.	0,5	1,3	0,4	0,4	1,1	1,1	0,4	1,9	1,5	1,2	0,8
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	0,4	1,4	0,2	0,4	1,7	1,1	0,5	3,1	1,9	1,6	0,6
	Frauen	0,5	1,2	0,4	0,5	0,9	0,9	0,5	1,8	1,2	1,0	1,0
	insg.	0,5	1,3	0,3	0,4	1,2	1,0	0,5	2,7	1,5	1,2	0,9
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	1,8	3,3	1,2	0,8	8,1	5,0	2,4	16,4	7,9	6,5	4,9
	Frauen	1,1	1,8	0,9	0,8	2,4	1,4	1,1	6,7	3,3	2,2	2,2
	insg.	1,4	2,9	1,1	0,8	5,1	3,0	1,6	13,2	5,5	3,8	3,0
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	0,2	0,4	0,3	0,3	0,7	0,3	0,3	1,0	0,9	1,0	0,4
	Frauen	0,3	0,2	0,2	0,1	0,3	0,4	0,2	0,5	0,5	0,4	0,4
	insg.	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,4	0,2	0,8	0,7	0,6	0,4
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	1,6	2,5	1,1	1,2	4,0	3,6	1,6	6,5	4,9	5,1	2,7
	Frauen	1,4	2,5	1,5	1,1	2,0	1,8	1,1	3,6	3,0	2,5	2,6
	insg.	1,5	2,5	1,3	1,1	2,9	2,6	1,3	5,5	3,9	3,5	2,6
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	2,3	3,2	1,4	1,2	5,2	3,9	1,8	9,0	5,9	5,4	4,1
	Frauen	1,3	1,8	1,7	1,6	2,4	2,4	1,3	4,3	3,7	3,0	3,2
	insg.	1,7	2,9	1,5	1,5	3,7	3,1	1,5	7,5	4,8	3,9	3,5
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	0,2	0,3	0,3	0,2	0,9	0,5	0,3	1,3	1,4	0,5	0,4
	Frauen	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,0	0,1	0,6	0,7	0,3	0,3
	insg.	0,1	0,3	0,2	0,2	0,6	0,2	0,2	1,1	1,0	0,4	0,3
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	2,0	3,0	1,2	0,8	6,7	4,3	2,4	13,3	6,3	6,4	4,1
	Frauen	0,7	1,6	1,0	1,0	2,2	1,0	1,3	4,5	3,1	1,9	2,1
	insg.	1,2	2,7	1,1	0,9	4,3	2,5	1,7	10,4	4,7	3,6	2,7
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	0,1	0,1	0,1	0,0	1,5	0,7	0,4	4,0	0,7	0,8	0,5
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,1	0,1	0,0	0,7	0,3	0,2	2,8	0,4	0,3	0,2

Schädigungsart	Geschlecht	Gesundheits- u. Sozialwesen	Gesundheitswesen	Sozialwesen	Kultur, Sport und Unterhaltung	Übrige	Gesamt
Verletzungen des Kopfes	Männer	1,5	1,3	1,6	3,2	7,0	3,0
	Frauen	1,4	1,2	2,0	1,6	5,8	1,6
	insg.	1,5	1,2	1,9	2,3	6,5	2,3
Verletzungen des Halses	Männer	1,7	1,5	1,8	1,4	4,6	1,6
	Frauen	2,2	2,0	2,6	1,6	6,1	2,1
	insg.	2,1	1,9	2,4	1,5	5,2	1,8
Verletzungen des Thorax	Männer	1,1	1,1	1,1	1,9	4,1	1,8
	Frauen	0,7	0,5	1,0	0,4	1,9	0,6
	insg.	0,7	0,6	1,0	1,1	3,3	1,2
Verletz.d. Abdomens, d. Lendenwirbelsäule und des Beckens	Männer	0,9	0,7	1,1	1,3	2,7	1,2
	Frauen	0,9	0,7	1,3	0,9	3,2	0,9
	insg.	0,9	0,7	1,2	1,1	2,9	1,1
Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Männer	1,3	1,2	1,3	1,8	3,5	1,7
	Frauen	0,8	0,6	1,2	0,9	2,8	0,8
	insg.	0,9	0,7	1,2	1,3	3,2	1,3
Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Männer	0,9	0,9	0,9	2,1	4,3	1,7
	Frauen	0,9	0,8	1,0	1,4	4,1	1,0
	insg.	0,9	0,8	1,0	1,7	4,2	1,4
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Männer	4,2	3,9	4,6	6,6	19,2	9,0
	Frauen	2,7	2,2	3,7	2,8	7,6	3,1
	insg.	3,0	2,4	3,9	4,6	14,9	6,2
Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Männer	0,5	0,5	0,6	2,6	1,4	0,7
	Frauen	0,3	0,3	0,5	0,3	1,2	0,3
	insg.	0,4	0,3	0,5	1,4	1,4	0,5
Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Männer	3,2	3,3	3,1	7,2	10,4	4,3
	Frauen	2,2	1,8	2,8	2,8	8,7	2,4
	insg.	2,4	2,0	2,9	4,8	9,8	3,4
Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Männer	3,3	3,4	3,2	7,5	12,6	5,5
	Frauen	2,6	2,1	3,5	3,7	9,6	3,0
	insg.	2,7	2,3	3,5	5,4	11,5	4,3
Verletzungen mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	Männer	0,5	0,4	0,6	0,9	2,3	0,9
	Frauen	0,3	0,2	0,5	0,4	1,3	0,4
	insg.	0,3	0,2	0,5	0,7	1,9	0,7
Verletz. n.n.b. Teile des Rumpfes, Extremitäten o. anderer Körperregionen	Männer	3,4	3,1	3,7	7,7	14,4	7,8
	Frauen	2,3	1,7	3,3	2,9	7,2	2,7
	insg.	2,5	1,9	3,3	5,1	11,7	5,4
Folgen des Eindringens eines Fremdkörpers durch natürl. Körperöffn.	Männer	0,2	0,2	0,3	0,6	3,8	1,8
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insg.	0,1	0,1	0,1	0,3	2,4	1,0

Schädigungsart	Geschlecht	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	Nahrung, Genuss	Textil, Bekleidung, Leder	Holz, Papier, Druck	Holzgewerbe (ohne Herst. v. Möbeln)	Papiergewerbe	Druck	Chemie	Kokerei, Mineralölverarbeitung	Chemische Industrie	Gummi- und Kunststoffwaren
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	0,4	2,4	0,8	0,8	0,9	0,9	0,7	1,4	0,5	1,3	1,6
	Frauen	0,1	1,7	0,0	0,2	0,0	0,5	0,1	0,4	0,6	0,4	0,3
	insg.	0,3	2,1	0,4	0,7	0,7	0,8	0,5	1,1	0,5	1,0	1,3
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. Aktive Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,3
	Frauen	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	0,1
	Frauen	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	insg.	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
	Frauen	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0
	insg.	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u.s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Insgesamt	Männer	73,3	55,8	42,6	47,3	84,8	36,5	38,7	27,9	15,4	20,7	44,4
	Frauen	41,3	33,3	15,6	17,1	22,2	17,2	15,8	14,9	8,4	12,9	20,7
	insg.	61,2	44,9	27,9	39,4	73,1	32,6	30,7	24,1	14,1	18,2	38,2

Schädigungsart	Geschlecht	Glas, Keramik, Steine/Erden	Metallerzeugung	Metallerzeugung und -bearbeitung	Herstellung von Metallerzeugnissen	Metallverarbeitung	Elektronische und Elektrotechnische Fertigung	Maschinenbau	Kfz-Bau	Sonstiger Fahrzeugbau	Möbel u. sonstige Erzeugnisse	Energie- und Wasserwirtschaft
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	1,7	2,0	2,1	1,9	0,6	0,6	0,9	0,3	1,0	0,9	0,6
	Frauen	0,4	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,6	0,3	0,0
	insg.	1,4	1,7	1,9	1,5	0,5	0,5	0,8	0,3	0,9	0,6	0,4
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. Aktive Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insg.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3
	Frauen	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2
	Frauen	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	insg.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u.s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Insgesamt	Männer	54,4	58,7	49,6	66,6	32,3	17,9	45,6	29,0	43,1	42,3	33,7
	Frauen	17,7	17,3	14,4	18,4	14,9	10,1	13,2	21,3	14,8	15,7	13,4
	insg.	46,1	52,0	45,9	56,6	28,6	15,1	39,9	27,8	38,8	30,8	27,6

Schädigungsart	Geschlecht	Abfallbeseitigung und Recycling	Baugewerbe	Handel	KFZ-Werkstätten	Großhandel	Einzelhandel	Verkehr	Landverkehr	Schiff- und Luftfahrt, Sonstige	Postdienste	Gastgewerbe
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	1,3	1,4	0,6	1,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,1	3,1
	Frauen	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,0	2,2
	insg.	1,0	1,2	0,4	1,1	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,1	2,6
Erfrierungen	Männer	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. Aktive Substanzen	Männer	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
	insg.	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1
	insg.	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u.s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0
	insg.	0,5	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
Insgesamt	Männer	86,4	82,1	39,1	55,4	36,1	29,6	52,3	53,5	51,1	70,6	33,2
	Frauen	20,5	12,2	18,7	14,0	13,4	21,0	26,2	40,8	19,2	77,9	29,3
	insg.	74,5	71,7	27,9	46,0	26,6	23,4	46,1	51,4	41,7	74,8	30,9

Schädigungsart	Geschlecht	Verlage und Medien	Telekommunikation	Informationsdienstleistungen, Datenverarbeitung	Kredit- und Versicherungsgewerbe	Dienstleistungen	Grundstücks- und Wohnungswesen	Freiberufl., wissensch. u. techn. Dienstl.	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften	sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen	Öffentliche Verwaltung, Sozialversicherung	Erziehung und Unterricht
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	0,1	0,0	0,1	0,1	0,7	0,3	0,2	1,6	0,6	0,5	0,6
	Frauen	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,4	0,3	0,2	0,3
	insg.	0,1	0,0	0,1	0,1	0,4	0,2	0,2	1,2	0,4	0,3	0,4
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. Aktive Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
	insg.	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u.s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Insgesamt	Männer	12,3	21,9	8,5	7,7	38,6	27,6	13,8	70,2	42,2	38,4	23,9
	Frauen	9,4	15,2	10,1	9,1	16,3	12,4	9,4	32,1	23,6	17,4	17,8
	insg.	10,5	20,3	9,1	8,7	26,8	19,1	11,1	57,7	32,7	25,3	19,7

Schädigungsart	Geschlecht	Gesundheits- u. Sozialwesen	Gesundheitswesen	Sozialwesen	Kultur, Sport und Unterhaltung	Übrige	Gesamt
Verbrennungen oder Verätzungen	Männer	0,5	0,4	0,5	0,2	1,6	0,8
	Frauen	0,4	0,3	0,5	0,3	0,7	0,3
	insg.	0,4	0,3	0,5	0,2	1,3	0,6
Erfrierungen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen u. biol. Aktive Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toxische Wirkungen von vorwiegend nicht med. verwendeten Substanzen	Männer	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Sonstige u.n.n.b. Schäden durch äußere Ursachen	Männer	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	Männer	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
	insg.	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Komplikationen bei chirurg. Eingriffen und mediz. Behandlung,	Männer	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Sonstige Komplikationen eines Traumas, a.O.n.k.	Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Folgen von Verletzungen, Vergiftungen u.s. Auswirkungen ä.U.	Männer	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
	Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
	insg.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Insgesamt	Männer	23,4	22,1	24,9	45,4	92,9	42,1
	Frauen	17,9	14,4	23,9	20,4	60,6	19,4
	insg.	18,8	15,5	24,1	31,7	80,7	31,4



Arbeitsunfähigkeit der Pflichtmitglieder (insgesamt) nach Bundesländern (Wohnort)

6

	Seite
Baden-Württemberg	A 68
Bayern	A 69
Berlin	A 70
Bremen	A 71
Hamburg	A 72
Hessen	A 73
Niedersachsen	A 74
Nordrhein-Westfalen	A 75
Rheinland-Pfalz	A 76
Saarland	A 77
Schleswig-Holstein	A 78
Brandenburg	A 79
Mecklenburg-Vorpommern	A 80
Sachsen	A 81
Sachsen-Anhalt	A 82
Thüringen	A 83

Krankheitsart	Geschlecht	absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	41.604	222.012	12,03	64,2	5,3
	Frauen	36.819	192.859	11,23	58,9	5,2
	Insgesamt	78.423	414.871	11,64	61,6	5,3
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.868	151.198	1,41	43,7	31,1
	Frauen	5.297	221.042	1,62	67,5	41,7
	Insgesamt	10.165	372.240	1,51	55,3	36,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.662	26.776	0,48	7,7	16,1
	Frauen	1.688	28.179	0,52	8,6	16,7
	Insgesamt	3.350	54.955	0,50	8,2	16,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	13.097	487.184	3,79	140,8	37,2
	Frauen	19.380	672.359	5,91	205,2	34,7
	Insgesamt	32.477	1.159.543	4,82	172,1	35,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	6.755	109.239	1,95	31,6	16,2
	Frauen	9.709	129.689	2,96	39,6	13,4
	Insgesamt	16.464	238.928	2,44	35,5	14,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4.313	32.193	1,25	9,3	7,5
	Frauen	3.391	24.968	1,03	7,6	7,4
	Insgesamt	7.704	57.161	1,14	8,5	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.959	42.570	1,43	12,3	8,6
	Frauen	4.813	37.292	1,47	11,4	7,8
	Insgesamt	9.772	79.862	1,45	11,9	8,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	10.873	244.993	3,14	70,8	22,5
	Frauen	9.087	132.889	2,77	40,6	14,6
	Insgesamt	19.960	377.882	2,96	56,1	18,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	112.636	693.018	32,56	200,3	6,2
	Frauen	112.013	668.267	34,18	203,9	6,0
	Insgesamt	224.649	1.361.285	33,35	202,1	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	47.444	311.104	13,71	89,9	6,6
	Frauen	40.092	218.258	12,23	66,6	5,4
	Insgesamt	87.536	529.362	12,99	78,6	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	6.461	83.793	1,87	24,2	13,0
	Frauen	4.094	40.661	1,25	12,4	9,9
	Insgesamt	10.555	124.454	1,57	18,5	11,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	79.129	1.449.638	22,87	419,1	18,3
	Frauen	49.765	988.947	15,18	301,8	19,9
	Insgesamt	128.894	2.438.585	19,13	362,0	18,9
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	4.405	54.380	1,27	15,7	12,4
	Frauen	13.031	114.664	3,98	35,0	8,8
	Insgesamt	17.436	169.044	2,59	25,1	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	7.032	90.529	2,15	27,6	12,9
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	18.555	176.150	5,36	50,9	9,5
	Frauen	21.708	191.411	6,62	58,4	8,8
	Insgesamt	40.263	367.561	5,98	54,6	9,1
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	45.350	854.758	13,11	247,1	18,9
	Frauen	22.051	399.816	6,73	122,0	18,1
	Insgesamt	67.401	1.254.574	10,01	186,2	18,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.832	64.071	1,11	18,5	16,7
	Frauen	6.768	109.429	2,07	33,4	16,2
	Insgesamt	10.600	173.500	1,57	25,8	16,4
Zusammen	Männer	406.729	5.020.593	117,58	1.451,3	12,3
	Frauen	367.636	4.278.951	112,18	1.305,6	11,6
	Insgesamt	774.365	9.299.544	114,95	1.380,4	12,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	14.485	272.049	4,19	78,6	18,8
	Frauen	5.448	95.412	1,66	29,1	17,5
	Insgesamt	19.933	367.461	2,96	54,6	18,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	57.322	298.930	10,23	53,3	5,2
	Frauen	50.139	257.001	9,90	50,7	5,1
	Insgesamt	107.461	555.931	10,07	52,1	5,2
Neubildungen (C00–D48)	Männer	6.855	223.013	1,22	39,8	32,5
	Frauen	7.508	319.998	1,48	63,2	42,6
	Insgesamt	14.363	543.011	1,35	50,9	37,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	2.413	49.522	0,43	8,8	20,5
	Frauen	2.407	47.259	0,48	9,3	19,6
	Insgesamt	4.820	96.781	0,45	9,1	20,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	18.997	751.856	3,39	134,1	39,6
	Frauen	28.000	1.018.714	5,53	201,1	36,4
	Insgesamt	46.997	1.770.570	4,40	165,9	37,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10.147	181.739	1,81	32,4	17,9
	Frauen	14.345	197.449	2,83	39,0	13,8
	Insgesamt	24.492	379.188	2,30	35,5	15,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.183	48.906	1,10	8,7	7,9
	Frauen	4.702	31.721	0,93	6,3	6,8
	Insgesamt	10.885	80.627	1,02	7,6	7,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	7.351	64.032	1,31	11,4	8,7
	Frauen	6.808	58.326	1,34	11,5	8,6
	Insgesamt	14.159	122.358	1,33	11,5	8,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	15.843	393.937	2,83	70,3	24,9
	Frauen	12.611	188.603	2,49	37,2	15,0
	Insgesamt	28.454	582.540	2,67	54,6	20,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	158.327	971.600	28,24	173,3	6,1
	Frauen	160.063	926.431	31,60	182,9	5,8
	Insgesamt	318.390	1.898.031	29,84	177,9	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	68.255	456.620	12,18	81,5	6,7
	Frauen	56.404	325.735	11,14	64,3	5,8
	Insgesamt	124.659	782.355	11,68	73,3	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	8.903	115.265	1,59	20,6	13,0
	Frauen	5.503	59.056	1,09	11,7	10,7
	Insgesamt	14.406	174.321	1,35	16,3	12,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	120.729	2.341.147	21,54	417,6	19,4
	Frauen	71.999	1.504.971	14,22	297,1	20,9
	Insgesamt	192.728	3.846.118	18,06	360,4	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6.440	77.959	1,15	13,9	12,1
	Frauen	18.436	168.547	3,64	33,3	9,1
	Insgesamt	24.876	246.506	2,33	23,1	9,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	10.102	126.454	1,99	25,0	12,5
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und (R00–R99) Laborbefunde	Männer	28.168	257.133	5,02	45,9	9,1
	Frauen	32.953	288.148	6,51	56,9	8,7
	Insgesamt	61.121	545.281	5,73	51,1	8,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	70.826	1.461.619	12,63	260,7	20,6
	Frauen	35.074	688.613	6,92	136,0	19,6
	Insgesamt	105.900	2.150.232	9,92	201,5	20,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	5.480	120.865	0,98	21,6	22,1
	Frauen	8.484	161.590	1,68	31,9	19,1
	Insgesamt	13.964	282.455	1,31	26,5	20,2
Zusammen	Männer	593.427	7.845.009	105,86	1.399,4	13,2
	Frauen	526.961	6.399.445	104,04	1.263,5	12,1
	Insgesamt	1.120.388	14.244.454	105,00	1.334,9	12,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	22.676	491.929	4,05	87,8	21,7
	Frauen	8.139	155.202	1,61	30,6	19,1
	Insgesamt	30.815	647.131	2,89	60,7	21,0

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	8.185	62.320	10,76	81,9	7,6
	Frauen	9.116	68.756	11,53	87,0	7,5
	Insgesamt	17.301	131.076	11,15	84,5	7,6
Neubildungen (C00–D48)	Männer	847	34.377	1,11	45,2	40,6
	Frauen	1.267	69.089	1,60	87,4	54,5
	Insgesamt	2.114	103.466	1,36	66,7	48,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	410	11.429	0,54	15,0	27,9
	Frauen	451	10.086	0,57	12,8	22,4
	Insgesamt	861	21.515	0,55	13,9	25,0
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4.018	147.025	5,28	193,3	36,6
	Frauen	7.236	280.296	9,15	354,5	38,7
	Insgesamt	11.254	427.321	7,25	275,4	38,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.271	28.247	1,67	37,1	22,2
	Frauen	2.375	36.214	3,00	45,8	15,3
	Insgesamt	3.646	64.461	2,35	41,6	17,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	917	7.097	1,21	9,3	7,7
	Frauen	1.121	8.839	1,42	11,2	7,9
	Insgesamt	2.038	15.936	1,31	10,3	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	990	10.264	1,30	13,5	10,4
	Frauen	1.244	16.554	1,57	20,9	13,3
	Insgesamt	2.234	26.818	1,44	17,3	12,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.803	76.797	3,68	101,0	27,4
	Frauen	3.000	59.128	3,79	74,8	19,7
	Insgesamt	5.803	135.925	3,74	87,6	23,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	22.467	197.455	29,53	259,6	8,8
	Frauen	30.178	263.473	38,17	333,2	8,7
	Insgesamt	52.645	460.928	33,93	297,1	8,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.863	80.970	12,97	106,4	8,2
	Frauen	10.899	79.581	13,78	100,7	7,3
	Insgesamt	20.762	160.551	13,38	103,5	7,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.096	16.460	1,44	21,6	15,0
	Frauen	1.126	14.815	1,42	18,7	13,2
	Insgesamt	2.222	31.275	1,43	20,2	14,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14.191	336.252	18,65	442,0	23,7
	Frauen	14.131	349.303	17,87	441,8	24,7
	Insgesamt	28.322	685.555	18,26	441,9	24,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	866	12.945	1,14	17,0	15,0
	Frauen	3.500	41.888	4,43	53,0	12,0
	Insgesamt	4.366	54.833	2,81	35,3	12,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.548	20.556	1,96	26,0	13,3
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.641	44.525	4,79	58,5	12,2
	Frauen	5.723	72.137	7,24	91,2	12,6
	Insgesamt	9.364	116.662	6,04	75,2	12,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.772	198.881	10,22	261,4	25,6
	Frauen	6.173	147.689	7,81	186,8	23,9
	Insgesamt	13.945	346.570	8,99	223,4	24,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	850	20.577	1,12	27,1	24,2
	Frauen	1.638	43.237	2,07	54,7	26,4
	Insgesamt	2.488	63.814	1,60	41,1	25,7
Zusammen	Männer	80.334	1.291.877	105,60	1.698,2	16,1
	Frauen	100.981	1.588.052	127,71	2.008,4	15,7
	Insgesamt	181.315	2.879.929	116,87	1.856,3	15,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.819	75.018	3,71	98,6	26,6
	Frauen	2.099	55.329	2,65	70,0	26,4
	Insgesamt	4.918	130.347	3,17	84,0	26,5

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	2.647	15.117	12,17	69,5	5,7
	Frauen	1.889	10.803	11,82	67,6	5,7
	Insgesamt	4.536	25.920	12,02	68,7	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	216	7.702	0,99	35,4	35,7
	Frauen	254	9.215	1,59	57,7	36,3
	Insgesamt	470	16.917	1,25	44,8	36,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	110	2.106	0,51	9,7	19,2
	Frauen	81	1.202	0,51	7,5	14,8
	Insgesamt	191	3.308	0,51	8,8	17,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	943	35.952	4,33	165,3	38,1
	Frauen	1.160	42.325	7,26	264,8	36,5
	Insgesamt	2.103	78.277	5,57	207,4	37,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	444	8.900	2,04	40,9	20,1
	Frauen	450	6.382	2,82	39,9	14,2
	Insgesamt	894	15.282	2,37	40,5	17,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	293	2.011	1,35	9,2	6,9
	Frauen	164	1.533	1,03	9,6	9,4
	Insgesamt	457	3.544	1,21	9,4	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	268	2.374	1,23	10,9	8,9
	Frauen	217	2.028	1,36	12,7	9,4
	Insgesamt	485	4.402	1,29	11,7	9,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	665	16.278	3,06	74,8	24,5
	Frauen	404	7.869	2,53	49,2	19,5
	Insgesamt	1.069	24.147	2,83	64,0	22,6
EKrankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	6.501	45.778	29,88	210,4	7,0
	Frauen	5.349	34.719	33,47	217,2	6,5
	Insgesamt	11.850	80.497	31,40	213,3	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	3.184	21.473	14,64	98,7	6,7
	Frauen	2.146	11.946	13,43	74,7	5,6
	Insgesamt	5.330	33.419	14,12	88,6	6,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	422	6.546	1,94	30,1	15,5
	Frauen	224	2.837	1,40	17,8	12,7
	Insgesamt	646	9.383	1,71	24,9	14,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	5.897	113.164	27,11	520,2	19,2
	Frauen	2.774	64.938	17,36	406,3	23,4
	Insgesamt	8.671	178.102	22,98	471,9	20,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	302	3.466	1,39	15,9	11,5
	Frauen	658	5.852	4,12	36,6	8,9
	Insgesamt	960	9.318	2,54	24,7	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	246	2.930	1,54	18,3	11,9
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	1.350	12.592	6,21	57,9	9,3
	Frauen	1.146	12.213	7,17	76,4	10,7
	Insgesamt	2.496	24.805	6,61	65,7	9,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.728	59.451	12,54	273,3	21,8
	Frauen	1.283	27.324	8,03	171,0	21,3
	Insgesamt	4.011	86.775	10,63	229,9	21,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	292	5.168	1,34	23,8	17,7
	Frauen	373	6.947	2,33	43,5	18,6
	Insgesamt	665	12.115	1,76	32,1	18,2
Zusammen	Männer	26.313	358.931	120,95	1.649,9	13,6
	Frauen	18.875	252.579	118,09	1.580,3	13,4
	Insgesamt	45.188	611.510	119,74	1.620,4	13,5
davon Arbeitsunfälle	Männer	1.002	23.300	4,61	107,1	23,3
	Frauen	389	9.208	2,43	57,6	23,7
	Insgesamt	1.391	32.508	3,69	86,1	23,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	7.070	46.277	10,60	69,4	6,6
	Frauen	6.996	43.453	10,74	66,7	6,2
	Insgesamt	14.066	89.730	10,67	68,1	6,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	648	28.241	0,97	42,4	43,6
	Frauen	919	47.922	1,41	73,6	52,2
	Insgesamt	1.567	76.163	1,19	57,8	48,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	322	6.802	0,48	10,2	21,1
	Frauen	393	7.142	0,60	11,0	18,2
	Insgesamt	715	13.944	0,54	10,6	19,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.275	146.190	4,91	219,3	44,6
	Frauen	5.295	237.170	8,13	364,1	44,8
	Insgesamt	8.570	383.360	6,50	290,8	44,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.062	24.329	1,59	36,5	22,9
	Frauen	1.802	29.587	2,77	45,4	16,4
	Insgesamt	2.864	53.916	2,17	40,9	18,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	679	5.545	1,02	8,3	8,2
	Frauen	682	5.536	1,05	8,5	8,1
	Insgesamt	1.361	11.081	1,03	8,4	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	757	7.188	1,14	10,8	9,5
	Frauen	916	10.595	1,41	16,3	11,6
	Insgesamt	1.673	17.783	1,27	13,5	10,6
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1.897	54.388	2,85	81,6	28,7
	Frauen	1.730	30.160	2,66	46,3	17,4
	Insgesamt	3.627	84.548	2,75	64,1	23,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	18.791	137.600	28,19	206,4	7,3
	Frauen	23.103	152.581	35,47	234,2	6,6
	Insgesamt	41.894	290.181	31,78	220,2	6,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	7.607	55.477	11,41	83,2	7,3
	Frauen	7.545	45.727	11,58	70,2	6,1
	Insgesamt	15.152	101.204	11,50	76,8	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	946	15.710	1,42	23,6	16,6
	Frauen	769	10.547	1,18	16,2	13,7
	Insgesamt	1.715	26.257	1,30	19,9	15,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.285	287.017	19,93	430,5	21,6
	Frauen	10.207	220.132	15,67	337,9	21,6
	Insgesamt	23.492	507.149	17,82	384,8	21,6
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	727	11.167	1,09	16,8	15,4
	Frauen	2.458	21.721	3,77	33,3	8,8
	Insgesamt	3.185	32.888	2,42	25,0	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.166	14.734	1,79	22,6	12,6
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	3.308	42.718	4,96	64,1	12,9
	Frauen	4.586	52.094	7,04	80,0	11,4
	Insgesamt	7.894	94.812	5,99	71,9	12,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.182	160.071	10,77	240,1	22,3
	Frauen	4.757	99.731	7,30	153,1	21,0
	Insgesamt	11.939	259.802	9,06	197,1	21,8
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	798	20.995	1,20	31,5	26,3
	Frauen	1.365	26.774	2,10	41,1	19,6
	Insgesamt	2.163	47.769	1,64	36,2	22,1
Zusammen	Männer	68.482	1.052.119	102,72	1.578,1	15,4
	Frauen	74.881	1.060.267	114,95	1.627,7	14,2
	Insgesamt	143.363	2.112.386	108,76	1.602,6	14,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	2.865	66.169	4,30	99,3	23,1
	Frauen	1.516	35.275	2,33	54,2	23,3
	Insgesamt	4.381	101.444	3,32	77,0	23,2

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	27.112	161.459	11,03	65,7	6,0
	Frauen	24.326	138.416	10,57	60,1	5,7
	Insgesamt	51.438	299.875	10,81	63,0	5,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	3.378	113.355	1,37	46,1	33,6
	Frauen	3.881	164.599	1,69	71,5	42,4
	Insgesamt	7.259	277.954	1,52	58,4	38,3
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.617	25.748	0,66	10,5	15,9
	Frauen	1.408	27.033	0,61	11,7	19,2
	Insgesamt	3.025	52.781	0,64	11,1	17,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	10.040	390.806	4,08	159,0	38,9
	Frauen	15.041	527.389	6,53	229,1	35,1
	Insgesamt	25.081	918.195	5,27	192,9	36,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.226	95.227	2,13	38,7	18,2
	Frauen	7.502	104.369	3,26	45,3	13,9
	Insgesamt	12.728	199.596	2,67	41,9	15,7
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.984	28.173	1,21	11,5	9,4
	Frauen	2.631	18.696	1,14	8,1	7,1
	Insgesamt	5.615	46.869	1,18	9,9	8,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	3.874	40.144	1,58	16,3	10,4
	Frauen	3.630	36.206	1,58	15,7	10,0
	Insgesamt	7.504	76.350	1,58	16,0	10,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	8.597	206.749	3,50	84,1	24,1
	Frauen	6.648	109.588	2,89	47,6	16,5
	Insgesamt	15.245	316.337	3,20	66,5	20,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	80.474	553.678	32,73	225,2	6,9
	Frauen	84.081	550.852	36,53	239,3	6,6
	Insgesamt	164.555	1.104.530	34,57	232,0	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	32.703	232.803	13,30	94,7	7,1
	Frauen	28.812	179.996	12,52	78,2	6,3
	Insgesamt	61.515	412.799	12,92	86,7	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	4.523	59.704	1,84	24,3	13,2
	Frauen	3.044	37.721	1,32	16,4	12,4
	Insgesamt	7.567	97.425	1,59	20,5	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	57.302	1.108.635	23,31	450,9	19,4
	Frauen	37.524	807.185	16,30	350,7	21,5
	Insgesamt	94.826	1.915.820	19,92	402,5	20,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.150	38.037	1,28	15,5	12,1
	Frauen	9.422	91.706	4,09	39,8	9,7
	Insgesamt	12.572	129.743	2,64	27,3	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.464	60.427	1,94	26,3	13,5
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12.675	129.401	5,16	52,6	10,2
	Frauen	15.707	144.367	6,82	62,7	9,2
	Insgesamt	28.382	273.768	5,96	57,5	9,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	28.564	586.358	11,62	238,5	20,5
	Frauen	15.822	306.945	6,87	133,4	19,4
	Insgesamt	44.386	893.303	9,32	187,7	20,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.343	63.597	1,36	25,9	19,0
	Frauen	4.866	96.301	2,11	41,8	19,8
	Insgesamt	8.209	159.898	1,72	33,6	19,5
Zusammen	Männer	286.115	3.844.700	116,37	1.563,8	13,4
	Frauen	269.533	3.419.178	117,10	1.485,5	12,7
	Insgesamt	555.648	7.263.878	116,72	1.525,9	13,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	9.961	206.776	4,05	84,1	20,8
	Frauen	4.242	82.241	1,84	35,7	19,4
	Insgesamt	14.203	289.017	2,98	60,7	20,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	34.514	192.534	11,50	64,2	5,6
	Frauen	28.548	154.396	11,49	62,2	5,4
	Insgesamt	63.062	346.930	11,50	63,3	5,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	4.171	139.102	1,39	46,4	33,4
	Frauen	4.238	195.367	1,71	78,7	46,1
	Insgesamt	8.409	334.469	1,53	61,0	39,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1.506	27.915	0,50	9,3	18,5
	Frauen	1.338	25.207	0,54	10,2	18,8
	Insgesamt	2.844	53.122	0,52	9,7	18,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	12.069	453.129	4,02	151,0	37,5
	Frauen	16.627	612.603	6,69	246,6	36,8
	Insgesamt	28.696	1.065.732	5,23	194,3	37,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	5.620	110.391	1,87	36,8	19,6
	Frauen	7.907	107.695	3,18	43,4	13,6
	Insgesamt	13.527	218.086	2,47	39,8	16,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	3.692	28.764	1,23	9,6	7,8
	Frauen	2.747	21.380	1,11	8,6	7,8
	Insgesamt	6.439	50.144	1,17	9,1	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	4.291	44.389	1,43	14,8	10,3
	Frauen	3.788	37.769	1,52	15,2	10,0
	Insgesamt	8.079	82.158	1,47	15,0	10,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	10.083	239.869	3,36	79,9	23,8
	Frauen	6.859	112.612	2,76	45,3	16,4
	Insgesamt	16.942	352.481	3,09	64,3	20,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	87.376	569.841	29,11	189,9	6,5
	Frauen	83.262	510.467	33,52	205,5	6,1
	Insgesamt	170.638	1.080.308	31,11	197,0	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	44.278	282.072	14,75	94,0	6,4
	Frauen	34.417	180.145	13,86	72,5	5,2
	Insgesamt	78.695	462.217	14,35	84,3	5,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	5.635	83.022	1,88	27,7	14,7
	Frauen	3.487	45.140	1,40	18,2	13,0
	Insgesamt	9.122	128.162	1,66	23,4	14,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	77.590	1.551.209	25,85	516,9	20,0
	Frauen	44.352	985.221	17,86	396,6	22,2
	Insgesamt	121.942	2.536.430	22,23	462,4	20,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	3.802	43.942	1,27	14,6	11,6
	Frauen	10.219	97.441	4,11	39,2	9,5
	Insgesamt	14.021	141.383	2,56	25,8	10,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	4.401	54.363	1,77	21,9	12,4
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	15.091	162.658	5,03	54,2	10,8
	Frauen	16.633	171.398	6,70	69,0	10,3
	Insgesamt	31.724	334.056	5,78	60,9	10,5
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	38.492	766.399	12,83	255,4	19,9
	Frauen	19.422	374.149	7,82	150,6	19,3
	Insgesamt	57.914	1.140.548	10,56	207,9	19,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	3.639	80.648	1,21	26,9	22,2
	Frauen	5.123	109.802	2,06	44,2	21,4
	Insgesamt	8.762	190.450	1,60	34,7	21,7
Zusammen	Männer	352.568	4.792.762	117,48	1.597,0	13,6
	Frauen	294.195	3.813.770	118,44	1.535,3	13,0
	Insgesamt	646.763	8.606.532	117,91	1.569,1	13,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	14.329	298.472	4,77	99,5	20,8
	Frauen	5.654	109.232	2,28	44,0	19,3
	Insgesamt	19.983	407.704	3,64	74,3	20,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	54.973	319.999	10,09	58,8	5,8
	Frauen	43.949	246.521	9,84	55,2	5,6
	Insgesamt	98.922	566.520	9,98	57,2	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	7.223	232.103	1,33	42,6	32,1
	Frauen	7.597	327.758	1,70	73,4	43,1
	Insgesamt	14.820	559.861	1,50	56,5	37,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	3.173	62.408	0,58	11,5	19,7
	Frauen	2.582	48.821	0,58	10,9	18,9
	Insgesamt	5.755	111.229	0,58	11,2	19,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	22.600	970.676	4,15	178,2	43,0
	Frauen	28.705	1.186.586	6,43	265,6	41,3
	Insgesamt	51.305	2.157.262	5,18	217,6	42,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	10.059	205.538	1,85	37,7	20,4
	Frauen	12.531	195.612	2,81	43,8	15,6
	Insgesamt	22.590	401.150	2,28	40,5	17,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	6.956	54.571	1,28	10,0	7,9
	Frauen	5.037	37.947	1,13	8,5	7,5
	Insgesamt	11.993	92.518	1,21	9,3	7,7
Krankheiten des Ohres	Männer	6.750	66.815	1,24	12,3	9,9
	Frauen	6.135	61.892	1,37	13,9	10,1
	Insgesamt	12.885	128.707	1,30	13,0	10,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	19.441	519.405	3,57	95,4	26,7
	Frauen	12.075	207.299	2,70	46,4	17,2
	Insgesamt	31.516	726.704	3,18	73,3	23,1
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	159.966	1.117.881	29,37	205,3	7,0
	Frauen	147.465	930.260	33,01	208,3	6,3
	Insgesamt	307.431	2.048.141	31,01	206,6	6,7
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	73.292	530.530	13,46	97,4	7,2
	Frauen	55.618	348.425	12,45	78,0	6,3
	Insgesamt	128.910	878.955	13,00	88,7	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	9.974	138.362	1,83	25,4	13,9
	Frauen	5.411	61.987	1,21	13,9	11,5
	Insgesamt	15.385	200.349	1,55	20,2	13,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	131.478	2.682.392	24,14	492,6	20,4
	Frauen	72.142	1.555.420	16,15	348,2	21,6
	Insgesamt	203.620	4.237.812	20,54	427,5	20,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	7.352	98.118	1,35	18,0	13,4
	Frauen	17.057	160.971	3,82	36,0	9,4
	Insgesamt	24.409	259.089	2,46	26,1	10,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	8.342	115.879	1,87	25,9	13,9
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	27.952	336.485	5,13	61,8	12,0
	Frauen	28.636	294.634	6,41	66,0	10,3
	Insgesamt	56.588	631.119	5,71	63,7	11,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	63.135	1.260.186	11,59	231,4	20,0
	Frauen	30.830	589.942	6,90	132,1	19,1
	Insgesamt	93.965	1.850.128	9,48	186,6	19,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7.235	157.875	1,33	29,0	21,8
	Frauen	9.590	206.210	2,15	46,2	21,5
	Insgesamt	16.825	364.085	1,70	36,7	21,6
Zusammen	Männer	612.742	8.781.677	112,52	1.612,6	14,3
	Frauen	495.011	6.607.136	110,82	1.479,1	13,4
	Insgesamt	1.107.753	15.388.813	111,75	1.552,4	13,9
davon Arbeitsunfälle	Männer	22.433	488.901	4,12	89,8	21,8
	Frauen	8.155	166.114	1,83	37,2	20,4
	Insgesamt	30.588	655.015	3,09	66,1	21,4

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	21.259	116.781	15,15	83,2	5,5
	Frauen	16.390	88.078	14,12	75,9	5,4
	Insgesamt	37.649	204.859	14,69	79,9	5,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	2.283	65.016	1,63	46,3	28,5
	Frauen	2.142	80.178	1,85	69,1	37,4
	Insgesamt	4.425	145.194	1,73	56,6	32,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	987	14.410	0,70	10,3	14,6
	Frauen	759	13.717	0,65	11,8	18,1
	Insgesamt	1.746	28.127	0,68	11,0	16,1
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	6.516	231.384	4,64	164,9	35,5
	Frauen	8.414	278.320	7,25	239,9	33,1
	Insgesamt	14.930	509.704	5,82	198,8	34,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	3.550	58.546	2,53	41,7	16,5
	Frauen	4.333	54.957	3,73	47,4	12,7
	Insgesamt	7.883	113.503	3,07	44,3	14,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	2.123	15.812	1,51	11,3	7,5
	Frauen	1.567	10.354	1,35	8,9	6,6
	Insgesamt	3.690	26.166	1,44	10,2	7,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2.525	24.018	1,80	17,1	9,5
	Frauen	2.105	17.738	1,81	15,3	8,4
	Insgesamt	4.630	41.756	1,81	16,3	9,0
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	5.710	126.993	4,07	90,5	22,2
	Frauen	3.886	56.822	3,35	49,0	14,6
	Insgesamt	9.596	183.815	3,74	71,7	19,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	55.962	373.228	39,88	266,0	6,7
	Frauen	49.271	304.414	42,46	262,3	6,2
	Insgesamt	105.233	677.642	41,05	264,3	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	21.835	152.440	15,56	108,6	7,0
	Frauen	16.317	97.747	14,06	84,2	6,0
	Insgesamt	38.152	250.187	14,88	97,6	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3.260	39.553	2,32	28,2	12,1
	Frauen	1.789	18.605	1,54	16,0	10,4
	Insgesamt	5.049	58.158	1,97	22,7	11,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	39.659	719.506	28,26	512,7	18,1
	Frauen	21.416	405.799	18,46	349,7	19,0
	Insgesamt	61.075	1.125.305	23,82	438,9	18,4
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	2.112	25.417	1,50	18,1	12,0
	Frauen	5.537	48.711	4,77	42,0	8,8
	Insgesamt	7.649	74.128	2,98	28,9	9,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	2.327	31.041	2,01	26,8	13,3
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	9.416	93.917	6,71	66,9	10,0
	Frauen	9.634	91.894	8,30	79,2	9,5
	Insgesamt	19.050	185.811	7,43	72,5	9,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	20.611	392.843	14,69	279,9	19,1
	Frauen	9.335	166.281	8,04	143,3	17,8
	Insgesamt	29.946	559.124	11,68	218,1	18,7
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.548	32.254	1,10	23,0	20,8
	Frauen	2.218	45.810	1,91	39,5	20,7
	Insgesamt	3.766	78.064	1,47	30,5	20,7
Zusammen	Männer	199.719	2.489.868	142,31	1.774,2	12,5
	Frauen	157.865	1.818.757	136,05	1.567,4	11,5
	Insgesamt	357.584	4.308.625	139,48	1.680,6	12,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	6.951	142.930	4,95	101,9	20,6
	Frauen	2.451	40.898	2,11	35,3	16,7
	Insgesamt	9.402	183.828	3,67	71,7	19,6

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	1.941	12.289	10,38	65,7	6,3
	Frauen	1.242	7.033	10,92	61,8	5,7
	Insgesamt	3.183	19.322	10,58	64,2	6,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	264	7.382	1,41	39,5	28,0
	Frauen	188	7.005	1,65	61,6	37,3
	Insgesamt	452	14.387	1,50	47,8	31,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	140	2.475	0,75	13,2	17,7
	Frauen	60	979	0,53	8,6	16,3
	Insgesamt	200	3.454	0,66	11,5	17,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	862	31.613	4,61	169,0	36,7
	Frauen	824	33.221	7,24	292,0	40,3
	Insgesamt	1.686	64.834	5,61	215,6	38,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	401	8.092	2,14	43,3	20,2
	Frauen	312	6.311	2,74	55,5	20,2
	Insgesamt	713	14.403	2,37	47,9	20,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	261	2.685	1,40	14,4	10,3
	Frauen	135	1.410	1,19	12,4	10,4
	Insgesamt	396	4.095	1,32	13,6	10,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	224	2.795	1,20	15,0	12,5
	Frauen	144	1.591	1,27	14,0	11,1
	Insgesamt	368	4.386	1,22	14,6	11,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	658	15.882	3,52	84,9	24,1
	Frauen	324	7.314	2,85	64,3	22,6
	Insgesamt	982	23.196	3,26	77,1	23,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	5.215	40.452	27,88	216,3	7,8
	Frauen	3.426	25.495	30,12	224,1	7,4
	Insgesamt	8.641	65.947	28,73	219,3	7,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	2.311	20.212	12,36	108,1	8,8
	Frauen	1.231	10.830	10,82	95,2	8,8
	Insgesamt	3.542	31.042	11,78	103,2	8,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	358	6.023	1,91	32,2	16,8
	Frauen	145	1.730	1,27	15,2	11,9
	Insgesamt	503	7.753	1,67	25,8	15,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	4.578	100.003	24,48	534,7	21,8
	Frauen	1.782	43.000	15,67	378,0	24,1
	Insgesamt	6.360	143.003	21,15	475,5	22,5
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	254	2.887	1,36	15,4	11,4
	Frauen	416	5.254	3,66	46,2	12,6
	Insgesamt	670	8.141	2,23	27,1	12,2
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	197	4.293	1,73	37,7	21,8
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	936	10.652	5,00	57,0	11,4
	Frauen	675	8.989	5,93	79,0	13,3
	Insgesamt	1.611	19.641	5,36	65,3	12,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	2.237	47.612	11,96	254,6	21,3
	Frauen	891	19.951	7,83	175,4	22,4
	Insgesamt	3.128	67.563	10,40	224,6	21,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	252	8.541	1,35	45,7	33,9
	Frauen	265	5.725	2,33	50,3	21,6
	Insgesamt	517	14.266	1,72	47,4	27,6
Zusammen	Männer	20.947	321.098	112,01	1.716,9	15,3
	Frauen	12.292	191.109	108,06	1.680,0	15,6
	Insgesamt	33.239	512.207	110,51	1.703,0	15,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	751	13.228	4,02	70,7	17,6
	Frauen	290	4.803	2,55	42,2	16,6
	Insgesamt	1.041	18.031	3,46	60,0	17,3

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	10.637	61.652	11,13	64,5	5,8
	Frauen	10.294	57.989	10,74	60,5	5,6
	Insgesamt	20.931	119.641	10,93	62,5	5,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.129	39.490	1,18	41,3	35,0
	Frauen	1.521	73.106	1,59	76,3	48,1
	Insgesamt	2.650	112.596	1,38	58,8	42,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	450	6.159	0,47	6,4	13,7
	Frauen	456	9.802	0,48	10,2	21,5
	Insgesamt	906	15.961	0,47	8,3	17,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	3.923	166.558	4,10	174,3	42,5
	Frauen	6.753	265.027	7,05	276,5	39,3
	Insgesamt	10.676	431.585	5,58	225,5	40,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.627	30.256	1,70	31,7	18,6
	Frauen	2.846	42.372	2,97	44,2	14,9
	Insgesamt	4.473	72.628	2,34	37,9	16,2
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.032	9.070	1,08	9,5	8,8
	Frauen	1.020	10.063	1,06	10,5	9,9
	Insgesamt	2.052	19.133	1,07	10,0	9,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.276	11.940	1,33	12,5	9,4
	Frauen	1.273	13.187	1,33	13,8	10,4
	Insgesamt	2.549	25.127	1,33	13,1	9,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.776	72.143	2,90	75,5	26,0
	Frauen	2.344	43.021	2,45	44,9	18,4
	Insgesamt	5.120	115.164	2,67	60,2	22,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	25.772	171.085	26,96	179,0	6,6
	Frauen	30.637	192.280	31,97	200,6	6,3
	Insgesamt	56.409	363.365	29,47	189,8	6,4
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	12.850	83.441	13,44	87,3	6,5
	Frauen	12.350	71.559	12,89	74,7	5,8
	Insgesamt	25.200	155.000	13,16	81,0	6,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.589	21.167	1,66	22,2	13,3
	Frauen	1.206	14.832	1,26	15,5	12,3
	Insgesamt	2.795	35.999	1,46	18,8	12,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	21.402	452.444	22,39	473,4	21,1
	Frauen	15.929	362.182	16,62	377,9	22,7
	Insgesamt	37.331	814.626	19,50	425,6	21,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1.172	14.552	1,23	15,2	12,4
	Frauen	3.628	32.776	3,79	34,2	9,0
	Insgesamt	4.800	47.328	2,51	24,7	9,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.543	20.762	1,61	21,7	13,5
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4.380	57.122	4,58	59,8	13,0
	Frauen	6.028	65.119	6,29	67,9	10,8
	Insgesamt	10.408	122.241	5,44	63,9	11,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	12.175	246.144	12,74	257,5	20,2
	Frauen	7.226	143.147	7,54	149,4	19,8
	Insgesamt	19.401	389.291	10,14	203,4	20,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1.157	29.457	1,21	30,8	25,5
	Frauen	1.987	45.034	2,07	47,0	22,7
	Insgesamt	3.144	74.491	1,64	38,9	23,7
Zusammen	Männer	103.521	1.476.422	108,31	1.544,7	14,3
	Frauen	107.283	1.468.970	111,94	1.532,7	13,7
	Insgesamt	210.804	2.945.392	110,12	1.538,7	14,0
davon Arbeitsunfälle	Männer	4.929	110.523	5,16	115,6	22,4
	Frauen	2.153	43.788	2,25	45,7	20,3
	Insgesamt	7.082	154.311	3,70	80,6	21,8

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	6.456	46.130	8,69	62,1	7,2
	Frauen	6.351	45.088	9,76	69,3	7,1
	Insgesamt	12.807	91.218	9,19	65,5	7,1
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.123	34.412	1,51	46,3	30,6
	Frauen	1.469	63.885	2,26	98,2	43,5
	Insgesamt	2.592	98.297	1,86	70,6	37,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	490	11.768	0,66	15,8	24,0
	Frauen	484	10.036	0,74	15,4	20,7
	Insgesamt	974	21.804	0,70	15,7	22,4
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.906	97.887	3,91	131,8	33,7
	Frauen	5.425	195.353	8,34	300,3	36,0
	Insgesamt	8.331	293.240	5,98	210,5	35,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.212	28.801	1,63	38,8	23,8
	Frauen	2.025	34.071	3,11	52,4	16,8
	Insgesamt	3.237	62.872	2,32	45,1	19,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.008	10.814	1,36	14,6	10,7
	Frauen	967	7.595	1,49	11,7	7,9
	Insgesamt	1.975	18.409	1,42	13,2	9,3
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.041	11.374	1,40	15,3	10,9
	Frauen	1.179	15.763	1,81	24,2	13,4
	Insgesamt	2.220	27.137	1,59	19,5	12,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.333	83.579	4,49	112,5	25,1
	Frauen	2.832	53.314	4,35	82,0	18,8
	Insgesamt	6.165	136.893	4,42	98,3	22,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	20.696	173.994	27,86	234,3	8,4
	Frauen	24.015	205.035	36,92	315,2	8,5
	Insgesamt	44.711	379.029	32,09	272,0	8,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.571	86.833	14,23	116,9	8,2
	Frauen	10.280	64.644	15,80	99,4	6,3
	Insgesamt	20.851	151.477	14,97	108,7	7,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.342	20.896	1,81	28,1	15,6
	Frauen	1.067	13.259	1,64	20,4	12,4
	Insgesamt	2.409	34.155	1,73	24,5	14,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	16.592	355.803	22,34	479,0	21,4
	Frauen	13.128	303.201	20,18	466,1	23,1
	Insgesamt	29.720	659.004	21,33	473,0	22,2
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	938	14.115	1,26	19,0	15,1
	Frauen	3.496	40.564	5,37	62,4	11,6
	Insgesamt	4.434	54.679	3,18	39,2	12,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.219	18.366	1,87	28,2	15,1
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.729	34.419	3,67	46,3	12,6
	Frauen	3.798	47.716	5,84	73,4	12,6
	Insgesamt	6.527	82.135	4,68	59,0	12,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	9.500	233.133	12,79	313,9	24,5
	Frauen	5.236	121.538	8,05	186,8	23,2
	Insgesamt	14.736	354.671	10,58	254,6	24,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	953	18.008	1,28	24,2	18,9
	Frauen	1.430	32.571	2,20	50,1	22,8
	Insgesamt	2.383	50.579	1,71	36,3	21,2
Zusammen	Männer	81.028	1.265.894	109,09	1.704,3	15,6
	Frauen	84.596	1.277.791	130,04	1.964,3	15,1
	Insgesamt	165.624	2.543.685	118,87	1.825,7	15,4
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.659	97.476	4,93	131,2	26,6
	Frauen	1.853	45.666	2,85	70,2	24,6
	Insgesamt	5.512	143.142	3,96	102,7	26,0

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.793	42.422	8,73	64,0	7,3
	Frauen	6.497	43.975	10,58	71,6	6,8
	Insgesamt	12.290	86.397	9,62	67,6	7,0
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.234	39.292	1,86	59,2	31,8
	Frauen	1.640	59.725	2,67	97,2	36,4
	Insgesamt	2.874	99.017	2,25	77,5	34,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	414	8.257	0,62	12,5	19,9
	Frauen	424	8.921	0,69	14,5	21,0
	Insgesamt	838	17.178	0,66	13,5	20,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.338	79.338	3,53	119,6	33,9
	Frauen	5.040	179.624	8,20	292,4	35,6
	Insgesamt	7.378	258.962	5,78	202,7	35,1
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.110	25.559	1,67	38,5	23,0
	Frauen	2.022	31.105	3,29	50,6	15,4
	Insgesamt	3.132	56.664	2,45	44,4	18,1
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1.027	6.918	1,55	10,4	6,7
	Frauen	1.050	7.369	1,71	12,0	7,0
	Insgesamt	2.077	14.287	1,63	11,2	6,9
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1.005	9.706	1,52	14,6	9,7
	Frauen	1.074	10.646	1,75	17,3	9,9
	Insgesamt	2.079	20.352	1,63	15,9	9,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.808	79.627	4,23	120,1	28,4
	Frauen	2.625	47.350	4,27	77,1	18,0
	Insgesamt	5.433	126.977	4,25	99,4	23,4
EKrankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	16.787	133.474	25,31	201,2	8,0
	Frauen	21.941	178.216	35,72	290,1	8,1
	Insgesamt	38.728	311.690	30,31	244,0	8,1
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.558	71.503	15,92	107,8	6,8
	Frauen	11.432	63.516	18,61	103,4	5,6
	Insgesamt	21.990	135.019	17,21	105,7	6,1
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.236	19.757	1,86	29,8	16,0
	Frauen	1.006	11.188	1,64	18,2	11,1
	Insgesamt	2.242	30.945	1,75	24,2	13,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14.911	333.224	22,48	502,4	22,4
	Frauen	11.876	256.628	19,33	417,8	21,6
	Insgesamt	26.787	589.852	20,97	461,7	22,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	868	12.501	1,31	18,9	14,4
	Frauen	3.166	37.348	5,15	60,8	11,8
	Insgesamt	4.034	49.849	3,16	39,0	12,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.019	14.294	1,66	23,3	14,0
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.441	31.202	3,68	47,0	12,8
	Frauen	4.017	43.919	6,54	71,5	10,9
	Insgesamt	6.458	75.121	5,06	58,8	11,6
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.695	209.427	13,11	315,8	24,1
	Frauen	5.073	109.610	8,26	178,4	21,6
	Insgesamt	13.768	319.037	10,78	249,7	23,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	704	14.351	1,06	21,6	20,4
	Frauen	1.453	34.198	2,37	55,7	23,5
	Insgesamt	2.157	48.549	1,69	38,0	22,5
Zusammen	Männer	72.093	1.120.084	108,70	1.688,8	15,5
	Frauen	81.573	1.142.883	132,80	1.860,6	14,0
	Insgesamt	153.666	2.262.967	120,28	1.771,4	14,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.850	96.703	5,80	145,8	25,1
	Frauen	1.879	42.429	3,06	69,1	22,6
	Insgesamt	5.729	139.132	4,48	108,9	24,3

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.017	32.029	8,08	51,6	6,4
	Frauen	5.166	32.819	9,47	60,2	6,4
	Insgesamt	10.183	64.848	8,73	55,6	6,4
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.148	37.921	1,85	61,1	33,0
	Frauen	1.518	57.152	2,78	104,8	37,7
	Insgesamt	2.666	95.073	2,29	81,5	35,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	458	9.579	0,74	15,4	20,9
	Frauen	420	9.972	0,77	18,3	23,7
	Insgesamt	878	19.551	0,75	16,8	22,3
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2.329	77.263	3,75	124,4	33,2
	Frauen	4.018	141.061	7,36	258,5	35,1
	Insgesamt	6.347	218.324	5,44	187,1	34,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	950	22.413	1,53	36,1	23,6
	Frauen	1.849	26.754	3,39	49,0	14,5
	Insgesamt	2.799	49.167	2,40	42,1	17,6
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	968	8.963	1,56	14,4	9,3
	Frauen	877	6.238	1,61	11,4	7,1
	Insgesamt	1.845	15.201	1,58	13,0	8,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	749	7.753	1,21	12,5	10,4
	Frauen	862	8.512	1,58	15,6	9,9
	Insgesamt	1.611	16.265	1,38	13,9	10,1
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.722	78.824	4,38	126,9	29,0
	Frauen	2.299	38.334	4,21	70,3	16,7
	Insgesamt	5.021	117.158	4,30	100,4	23,3
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	17.055	139.386	27,46	224,4	8,2
	Frauen	19.791	149.985	36,27	274,9	7,6
	Insgesamt	36.846	289.371	31,58	248,0	7,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.735	71.211	15,68	114,7	7,3
	Frauen	9.386	53.959	17,20	98,9	5,8
	Insgesamt	19.121	125.170	16,39	107,3	6,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.124	14.180	1,81	22,8	12,6
	Frauen	895	8.801	1,64	16,1	9,8
	Insgesamt	2.019	22.981	1,73	19,7	11,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	12.529	270.584	20,17	435,7	21,6
	Frauen	9.594	211.442	17,58	387,5	22,0
	Insgesamt	22.123	482.026	18,96	413,2	21,8
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	841	10.470	1,35	16,9	12,5
	Frauen	3.077	34.838	5,64	63,9	11,3
	Insgesamt	3.918	45.308	3,36	38,8	11,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.184	18.258	2,17	33,5	15,4
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.276	27.861	3,66	44,9	12,2
	Frauen	3.073	29.175	5,63	53,5	9,5
	Insgesamt	5.349	57.036	4,58	48,9	10,7
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	7.685	167.188	12,37	269,2	21,8
	Frauen	4.633	104.466	8,49	191,5	22,6
	Insgesamt	12.318	271.654	10,56	232,9	22,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	731	14.576	1,18	23,5	19,9
	Frauen	1.189	23.518	2,18	43,1	19,8
	Insgesamt	1.920	38.094	1,65	32,7	19,8
Zusammen	Männer	66.458	992.024	107,01	1.597,4	14,9
	Frauen	70.020	960.358	128,33	1.760,1	13,7
	Insgesamt	136.478	1.952.382	116,98	1.673,5	14,3
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.019	69.457	4,86	111,8	23,0
	Frauen	1.746	37.849	3,20	69,4	21,7
	Insgesamt	4.765	107.306	4,08	92,0	22,5

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	4.837	30.714	7,66	48,7	6,4
	Frauen	4.576	30.038	8,43	55,3	6,6
	Insgesamt	9.413	60.752	8,02	51,7	6,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.129	44.013	1,79	69,7	39,0
	Frauen	1.540	60.470	2,84	111,4	39,3
	Insgesamt	2.669	104.483	2,27	89,0	39,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	530	9.521	0,84	15,1	18,0
	Frauen	563	10.410	1,04	19,2	18,5
	Insgesamt	1.093	19.931	0,93	17,0	18,2
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.997	67.350	3,16	106,7	33,7
	Frauen	4.030	147.389	7,42	271,4	36,6
	Insgesamt	6.027	214.739	5,13	182,9	35,6
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	999	22.832	1,58	36,2	22,9
	Frauen	1.846	26.937	3,40	49,6	14,6
	Insgesamt	2.845	49.769	2,42	42,4	17,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	979	12.790	1,55	20,3	13,1
	Frauen	837	5.647	1,54	10,4	6,8
	Insgesamt	1.816	18.437	1,55	15,7	10,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	916	10.612	1,45	16,8	11,6
	Frauen	952	10.299	1,75	19,0	10,8
	Insgesamt	1.868	20.911	1,59	17,8	11,2
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	3.073	85.109	4,87	134,8	27,7
	Frauen	2.760	48.374	5,08	89,1	17,5
	Insgesamt	5.833	133.483	4,97	113,7	22,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	16.078	140.761	25,47	223,0	8,8
	Frauen	19.108	158.232	35,19	291,4	8,3
	Insgesamt	35.186	298.993	29,96	254,6	8,5
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	10.539	75.467	16,69	119,5	7,2
	Frauen	9.789	60.424	18,03	111,3	6,2
	Insgesamt	20.328	135.891	17,31	115,7	6,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.236	18.424	1,96	29,2	14,9
	Frauen	936	11.142	1,72	20,5	11,9
	Insgesamt	2.172	29.566	1,85	25,2	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	14.168	319.408	22,44	505,9	22,5
	Frauen	10.401	227.947	19,15	419,7	21,9
	Insgesamt	24.569	547.355	20,92	466,1	22,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	851	11.660	1,35	18,5	13,7
	Frauen	2.977	35.983	5,48	66,3	12,1
	Insgesamt	3.828	47.643	3,26	40,6	12,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	942	15.435	1,73	28,4	16,4
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.354	29.104	3,73	46,1	12,4
	Frauen	3.179	36.570	5,85	67,3	11,5
	Insgesamt	5.533	65.674	4,71	55,9	11,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.162	184.250	12,93	291,8	22,6
	Frauen	4.658	99.384	8,58	183,0	21,3
	Insgesamt	12.820	283.634	10,92	241,5	22,1
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	821	16.977	1,30	26,9	20,7
	Frauen	1.239	26.701	2,28	49,2	21,6
	Insgesamt	2.060	43.678	1,75	37,2	21,2
Zusammen	Männer	68.795	1.082.207	108,96	1.714,1	15,7
	Frauen	70.536	1.016.167	129,88	1.871,2	14,4
	Insgesamt	139.331	2.098.374	118,64	1.786,7	15,1
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.537	77.571	5,60	122,9	21,9
	Frauen	1.768	35.169	3,26	64,8	19,9
	Insgesamt	5.305	112.740	4,52	96,0	21,3

Krankheitsart	Geschlecht	Absolut		je 100 Mitglieder		Tage je Fall
		Fälle	Tage	Fälle	Tage	
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	5.274	35.306	8,19	54,8	6,7
	Frauen	5.508	34.980	9,90	62,9	6,4
	Insgesamt	10.782	70.286	8,98	58,5	6,5
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1.236	40.355	1,92	62,6	32,7
	Frauen	1.578	59.914	2,84	107,7	38,0
	Insgesamt	2.814	100.269	2,34	83,5	35,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	478	8.738	0,74	13,6	18,3
	Frauen	451	8.648	0,81	15,5	19,2
	Insgesamt	929	17.386	0,77	14,5	18,7
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	1.938	71.795	3,01	111,4	37,1
	Frauen	3.900	136.689	7,01	245,7	35,1
	Insgesamt	5.838	208.484	4,86	173,6	35,7
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	1.087	24.375	1,69	37,8	22,4
	Frauen	2.095	32.375	3,77	58,2	15,5
	Insgesamt	3.182	56.750	2,65	47,3	17,8
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	896	7.909	1,39	12,3	8,8
	Frauen	801	5.904	1,44	10,6	7,4
	Insgesamt	1.697	13.813	1,41	11,5	8,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	767	9.130	1,19	14,2	11,9
	Frauen	929	10.822	1,67	19,5	11,7
	Insgesamt	1.696	19.952	1,41	16,6	11,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	2.639	83.480	4,10	129,6	31,6
	Frauen	2.433	46.576	4,37	83,7	19,1
	Insgesamt	5.072	130.056	4,22	108,3	25,6
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	16.638	134.180	25,82	208,3	8,1
	Frauen	19.841	153.904	35,66	276,6	7,8
	Insgesamt	36.479	288.084	30,38	239,9	7,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	9.870	75.369	15,32	117,0	7,6
	Frauen	9.848	59.492	17,70	106,9	6,0
	Insgesamt	19.718	134.861	16,42	112,3	6,8
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1.193	16.648	1,85	25,8	14,0
	Frauen	933	10.259	1,68	18,4	11,0
	Insgesamt	2.126	26.907	1,77	22,4	12,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13.723	301.537	21,30	468,0	22,0
	Frauen	10.885	242.361	19,56	435,6	22,3
	Insgesamt	24.608	543.898	20,49	453,0	22,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	848	13.146	1,32	20,4	15,5
	Frauen	2.976	35.329	5,35	63,5	11,9
	Insgesamt	3.824	48.475	3,18	40,4	12,7
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–
	Frauen	1.163	17.573	2,09	31,6	15,1
	Insgesamt	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	2.265	28.155	3,52	43,7	12,4
	Frauen	3.354	33.414	6,03	60,1	10,0
	Insgesamt	5.619	61.569	4,68	51,3	11,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	8.190	187.434	12,71	290,9	22,9
	Frauen	4.591	96.389	8,25	173,2	21,0
	Insgesamt	12.781	283.823	10,64	236,4	22,2
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	605	13.236	0,94	20,5	21,9
	Frauen	1.187	25.787	2,13	46,3	21,7
	Insgesamt	1.792	39.023	1,49	32,5	21,8
Zusammen	Männer	67.785	1.054.552	105,21	1.636,8	15,6
	Frauen	72.672	1.014.271	130,60	1.822,8	14,0
	Insgesamt	140.457	2.068.823	116,98	1.723,0	14,7
davon Arbeitsunfälle	Männer	3.293	73.215	5,11	113,6	22,2
	Frauen	1.564	32.301	2,81	58,1	20,7
	Insgesamt	4.857	105.516	4,05	87,9	21,7



Arbeitsunfähigkeit der Pflichtmitglieder (insgesamt) nach dem Alter

7

Fälle je 100

Tage je 100

Seite

A 86

A 88

Krankheitsart	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Mitglieder					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	27,0	18,1	11,4	10,5	10,8	10,0
	Frauen	28,3	18,6	11,6	9,9	9,5	9,3
	insgesamt	27,5	18,3	11,5	10,2	10,2	9,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	0,5	0,5	0,6	0,7	0,9	1,2
	Frauen	0,6	0,7	0,8	0,9	1,3	1,9
	insgesamt	0,5	0,6	0,6	0,8	1,1	1,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,3	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5
	Frauen	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6
	insgesamt	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	2,2	2,9	2,8	3,3	3,8	4,2
	Frauen	4,9	5,8	5,2	5,2	5,8	6,8
	insgesamt	3,3	4,2	4,0	4,2	4,8	5,4
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2,8	2,1	1,3	1,4	1,6	1,9
	Frauen	5,0	3,7	2,5	2,4	2,5	3,0
	insgesamt	3,7	2,8	1,9	1,9	2,0	2,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,5	1,1	0,8	0,9	1,1	1,2
	Frauen	1,6	1,1	0,8	0,9	1,0	1,0
	insgesamt	1,5	1,1	0,8	0,9	1,0	1,1
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	2,1	1,4	1,1	1,2	1,4	1,4
	Frauen	2,4	1,8	1,3	1,3	1,4	1,5
	insgesamt	2,2	1,6	1,2	1,3	1,4	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	1,9	1,6	1,3	1,5	2,1	2,9
	Frauen	3,6	2,4	1,8	1,8	2,1	2,7
	insgesamt	2,5	2,0	1,5	1,6	2,1	2,8
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	59,9	40,1	28,1	29,5	31,4	29,4
	Frauen	68,3	47,9	34,7	33,5	32,9	31,9
	insgesamt	63,2	43,7	31,4	31,5	32,1	30,6
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	23,7	17,6	11,5	11,1	12,1	12,8
	Frauen	27,6	19,9	11,8	9,8	9,9	11,5
	insgesamt	25,2	18,6	11,7	10,4	11,0	12,2
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	3,1	2,4	1,6	1,5	1,6	1,7
	Frauen	2,5	1,7	1,1	1,0	1,0	1,3
	insgesamt	2,8	2,1	1,3	1,2	1,3	1,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	13,0	13,9	12,4	15,2	20,0	24,4
	Frauen	11,7	11,0	9,2	9,6	12,3	16,5
	insgesamt	12,5	12,6	10,8	12,4	16,3	20,7
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	0,9	0,9	0,7	0,8	1,1	1,3
	Frauen	9,1	6,0	3,9	3,7	3,7	3,8
	insgesamt	4,1	3,2	2,3	2,3	2,3	2,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,7	2,0	4,6	5,2	3,1	0,8
	insgesamt	–	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	12,1	7,1	4,1	3,8	4,2	4,4
	Frauen	17,0	10,1	6,8	6,0	5,6	5,7
	insgesamt	14,0	8,4	5,4	4,9	4,9	5,0
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	28,9	20,1	12,5	10,6	11,1	11,6
	Frauen	14,7	9,9	6,1	5,2	5,7	6,7
	insgesamt	23,3	15,4	9,3	7,9	8,5	9,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	0,9	1,0	0,9	0,9	1,1	1,2
	Frauen	1,7	1,8	2,1	2,4	2,2	1,8
	insgesamt	1,2	1,3	1,5	1,7	1,6	1,5
Zusammen	Männer	181,2	131,0	91,4	93,4	104,8	110,4
	Frauen	200,3	144,9	105,1	99,5	100,7	107,2
	insgesamt	188,7	137,4	98,1	96,4	102,9	108,9

Krankheitsart	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Mitglieder					
		45–49	50–54	55–59	60–64	>=65	gesamt
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	8,9	8,3	7,9	5,6	2,0	10,7
	Frauen	9,0	8,9	8,7	6,4	3,1	10,6
	insgesamt	8,9	8,6	8,2	5,9	2,3	10,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	1,6	2,2	3,2	2,9	1,6	1,4
	Frauen	2,5	2,8	3,1	2,5	1,4	1,7
	insgesamt	2,0	2,5	3,2	2,7	1,5	1,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	0,7	1,0	1,3	1,1	0,3	0,6
	Frauen	0,7	0,8	0,9	0,8	0,7	0,6
	insgesamt	0,7	0,9	1,1	0,9	0,4	0,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	4,6	4,8	5,1	4,0	1,5	3,9
	Frauen	7,4	8,1	8,8	7,1	3,6	6,6
	insgesamt	5,9	6,4	6,7	5,2	2,2	5,2
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	2,1	2,3	2,3	1,8	0,5	1,9
	Frauen	3,5	3,6	3,1	2,2	0,6	3,0
	insgesamt	2,8	2,9	2,7	2,0	0,6	2,4
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	1,3	1,6	1,9	1,7	1,0	1,2
	Frauen	1,2	1,4	1,8	1,7	1,4	1,1
	insgesamt	1,2	1,5	1,9	1,7	1,1	1,2
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	1,4	1,5	1,5	1,1	0,4	1,4
	Frauen	1,5	1,6	1,7	1,2	0,5	1,5
	insgesamt	1,5	1,5	1,6	1,1	0,5	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	4,1	5,9	7,8	7,1	2,9	3,4
	Frauen	3,4	4,3	5,5	5,2	3,2	3,0
	insgesamt	3,8	5,1	6,8	6,3	3,0	3,2
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	27,2	26,7	26,1	19,3	7,4	29,9
	Frauen	31,0	31,9	32,2	24,0	10,1	34,2
	insgesamt	29,0	29,2	28,9	21,2	8,3	31,9
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	13,8	15,2	15,7	11,0	4,1	13,6
	Frauen	13,0	14,5	15,6	11,2	4,7	13,0
	insgesamt	13,4	14,8	15,7	11,1	4,3	13,3
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	1,8	2,0	1,9	1,4	0,5	1,8
	Frauen	1,4	1,5	1,6	1,1	0,6	1,3
	insgesamt	1,6	1,8	1,7	1,3	0,5	1,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	28,5	33,3	37,0	31,3	12,3	23,2
	Frauen	20,5	25,1	27,8	23,6	11,1	16,3
	insgesamt	24,7	29,4	32,9	28,3	11,9	20,0
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	1,5	1,7	2,1	1,9	0,8	1,3
	Frauen	4,2	4,2	3,5	2,5	1,1	4,1
	insgesamt	2,7	2,9	2,7	2,1	0,9	2,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
	insgesamt	–	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	4,8	5,4	6,1	4,9	2,0	5,0
	Frauen	5,9	6,2	6,7	5,4	2,8	6,6
	insgesamt	5,3	5,8	6,4	5,1	2,3	5,8
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	11,7	11,4	10,5	7,7	3,7	12,4
	Frauen	7,5	8,5	9,2	7,5	5,0	7,3
	insgesamt	9,7	10,0	9,9	7,6	4,1	10,0
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	1,2	1,4	1,9	1,6	0,8	1,2
	Frauen	1,8	1,9	2,3	1,9	1,1	2,0
	insgesamt	1,5	1,6	2,1	1,7	0,9	1,6
Zusammen	Männer	115,4	124,7	132,4	104,6	41,9	113,1
	Frauen	114,9	125,7	132,9	104,5	51,2	115,2
	insgesamt	115,1	125,2	132,6	104,6	45,1	114,1

Krankheitsart	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder					
		<20	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	88,6	73,4	54,0	53,2	58,8	61,0
	Frauen	102,1	79,9	54,7	51,5	51,0	54,1
	insgesamt	93,9	76,4	54,3	52,3	55,1	57,8
Neubildungen (C00–D48)	Männer	5,9	9,8	11,7	13,6	22,4	27,2
	Frauen	7,6	8,5	11,8	20,0	44,6	75,6
	insgesamt	6,5	9,2	11,7	16,8	32,9	49,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	1,8	1,5	2,2	3,9	4,8	8,4
	Frauen	2,0	3,5	4,7	6,7	7,5	11,7
	insgesamt	1,9	2,4	3,4	5,3	6,1	9,9
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	29,5	64,3	80,0	107,5	142,5	165,1
	Frauen	65,7	128,1	147,7	173,4	204,4	251,2
	insgesamt	43,7	93,7	113,2	140,2	171,9	205,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	9,4	13,0	15,1	19,6	27,0	37,9
	Frauen	17,2	21,8	22,0	27,3	32,3	47,3
	insgesamt	12,5	17,0	18,5	23,4	29,5	42,3
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	4,8	4,7	4,5	5,2	7,2	8,8
	Frauen	6,3	4,9	4,3	4,7	5,8	6,7
	insgesamt	5,4	4,8	4,4	5,0	6,6	7,8
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	8,0	7,3	7,3	8,1	11,9	13,5
	Frauen	9,5	9,1	8,5	10,5	12,0	14,3
	insgesamt	8,6	8,1	7,9	9,3	12,0	13,9
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	9,7	12,4	14,2	20,0	33,5	57,1
	Frauen	13,4	14,6	17,0	19,8	27,2	40,8
	insgesamt	11,1	13,4	15,6	19,9	30,5	49,5
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	233,4	190,2	151,9	171,4	196,9	202,4
	Frauen	280,2	232,1	187,3	190,6	199,6	210,2
	insgesamt	251,7	209,5	169,3	180,9	198,2	206,0
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	87,7	82,2	61,6	65,2	78,8	91,7
	Frauen	110,8	92,5	61,0	53,5	55,3	70,2
	insgesamt	96,8	87,0	61,3	59,4	67,6	81,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	25,7	29,1	22,5	19,0	20,0	23,2
	Frauen	16,5	15,1	9,9	9,7	10,3	14,7
	insgesamt	22,1	22,6	16,3	14,4	15,4	19,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	87,6	141,9	158,8	223,0	337,2	448,9
	Frauen	78,2	112,7	119,9	145,8	214,4	325,4
	insgesamt	83,9	128,5	139,7	184,7	278,9	391,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	6,3	7,0	6,9	8,1	11,3	15,3
	Frauen	34,1	30,1	28,4	29,2	35,4	42,1
	insgesamt	17,2	17,7	17,4	18,6	22,7	27,9
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	6,2	24,9	61,6	70,8	40,9	10,1
	insgesamt	–	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	38,8	33,7	27,6	31,8	40,5	47,9
	Frauen	60,8	54,6	51,9	50,9	54,4	56,4
	insgesamt	47,4	43,3	39,5	41,3	47,1	51,9
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	295,5	279,7	211,4	200,5	225,0	256,4
	Frauen	123,0	114,8	86,7	83,8	103,8	134,4
	insgesamt	228,0	203,7	150,1	142,5	167,5	199,3
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	7,8	12,2	13,2	16,6	19,8	23,4
	Frauen	16,4	22,2	29,0	35,6	37,1	40,7
	insgesamt	11,2	16,8	20,9	26,1	28,0	31,5
Zusammen	Männer	944,1	966,2	845,7	971,1	1.241,7	1.493,5
	Frauen	955,2	974,7	911,2	989,5	1.142,6	1.413,5
	insgesamt	948,4	970,1	877,8	980,3	1.194,6	1.456,0

Krankheitsart	Geschlecht	Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder					
		45–49	50–54	55–59	60–64	>=65	gesamt
Infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	Männer	61,1	65,5	67,5	58,1	23,1	61,7
	Frauen	57,7	63,6	70,4	62,4	32,9	59,7
	insgesamt	59,5	64,6	68,8	59,8	26,5	60,7
Neubildungen (C00–D48)	Männer	45,0	83,9	134,0	153,3	107,2	45,0
	Frauen	113,5	147,3	172,5	177,3	108,7	74,6
	insgesamt	77,3	114,0	151,3	162,8	107,7	58,9
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90)	Männer	11,3	20,9	28,0	26,4	21,9	10,3
	Frauen	14,0	18,2	20,4	24,0	23,1	11,0
	insgesamt	12,6	19,6	24,6	25,4	22,3	10,6
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	Männer	191,9	221,1	239,7	227,1	105,3	153,0
	Frauen	297,0	343,0	407,9	441,4	202,4	244,6
	insgesamt	241,4	279,1	315,4	311,2	139,0	196,0
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	Männer	44,8	57,2	65,9	68,6	30,4	35,9
	Frauen	54,7	74,8	72,6	57,9	29,1	43,6
	insgesamt	49,5	65,6	68,9	64,4	29,9	39,5
Krankheiten des Auges (H00–H59)	Männer	11,0	17,4	21,7	22,4	16,8	10,3
	Frauen	8,8	12,8	19,0	23,0	27,2	8,4
	insgesamt	10,0	15,2	20,5	22,6	20,4	9,4
Krankheiten des Ohres (H60–H95)	Männer	15,6	18,4	23,0	20,6	6,3	13,3
	Frauen	17,6	20,1	22,8	21,2	15,3	14,3
	insgesamt	16,6	19,2	22,9	20,9	9,4	13,8
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	Männer	98,4	171,3	255,6	301,9	158,4	86,7
	Frauen	58,7	88,5	124,8	142,7	107,6	48,9
	insgesamt	79,7	131,9	196,7	239,4	140,8	68,9
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	Männer	209,3	236,7	264,4	233,2	109,0	203,6
	Frauen	224,2	257,0	290,4	260,4	91,2	222,0
	insgesamt	216,3	246,4	276,1	243,9	102,8	212,2
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	Männer	106,7	128,9	144,7	121,2	54,6	94,9
	Frauen	83,9	97,4	111,5	96,9	37,7	76,9
	insgesamt	96,0	113,9	129,7	111,6	48,7	86,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00–L99)	Männer	24,9	29,4	31,9	25,6	10,7	24,6
	Frauen	17,0	21,6	22,9	18,6	9,7	14,9
	insgesamt	21,2	25,7	27,9	22,9	10,4	20,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	Männer	576,4	772,4	941,2	1.037,3	504,0	463,3
	Frauen	461,5	631,5	797,8	853,0	484,9	350,5
	insgesamt	522,2	705,4	876,6	965,0	497,4	410,3
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	Männer	17,6	24,3	35,4	37,6	22,7	16,2
	Frauen	50,0	52,8	50,0	48,7	38,3	40,0
	insgesamt	32,9	37,9	42,0	42,0	28,1	27,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	Männer	–	–	–	–	–	–
	Frauen	1,3	0,3	0,5	0,0	0,0	25,7
	insgesamt	–	–	–	–	–	–
sonstige Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00–R99)	Männer	59,6	80,5	103,4	105,3	50,5	54,0
	Frauen	68,6	86,0	102,5	104,0	48,3	65,1
	insgesamt	63,8	83,1	103,0	104,8	49,8	59,2
Verletzungen und Vergiftungen (S00–T98)	Männer	278,6	292,9	302,4	267,0	117,1	255,4
	Frauen	162,9	209,4	263,5	258,5	224,5	143,5
	insgesamt	224,0	253,1	284,9	263,7	154,4	202,9
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (Z00–Z99)	Männer	27,3	36,6	45,8	52,8	18,5	24,9
	Frauen	48,9	52,7	59,6	67,8	51,5	41,1
	insgesamt	37,5	44,3	52,0	58,7	30,0	32,5
Zusammen	Männer	1.785,1	2.264,0	2.712,2	2.770,8	1.360,8	1.558,1
	Frauen	1.747,4	2.185,5	2.618,0	2.668,7	1.549,4	1.491,8
	insgesamt	1.767,3	2.226,7	2.669,8	2.730,7	1.426,3	1.527,0



Arbeitsunfähigkeit älterer ArbeitnehmerInnen in ausgewählten Berufen

7a

Fälle und Tage

je beschäftigtes BKK Mitglied

Seite

A 92

Altersgruppen/ Berufe	Schlüssel	Geschlecht	45 – < 55			55 – < 65			Durchschnitt alle Alter		
			Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer
Gartenbauer	5	Männer	1,4	25,0	17,8	1,4	31,9	22,2	1,3	18,2	13,7
	5	Frauen	1,2	18,6	16,1	–	–	–	1,2	14,4	12,0
	5	Insgesamt	1,3	23,1	17,3	1,4	31,1	22,1	1,3	16,9	13,1
Keramiker	12	Männer	–	–	–	–	–	–	1,3	19,9	15,0
	12	Frauen	–	–	–	–	–	–	1,5	20,4	13,6
	12	Insgesamt	1,3	20,1	15,3	–	–	–	1,4	20,0	14,5
Glasmacher	13	Männer	1,2	19,1	16,1	1,3	28,4	21,4	1,3	19,0	15,2
	13	Frauen	–	–	–	–	–	–	1,5	19,7	12,7
	13	Insgesamt	1,3	20,2	15,8	1,4	27,2	19,5	1,3	19,2	14,4
Kunststoffverarbeiter	15	Männer	1,4	21,9	15,8	1,6	32,2	20,4	1,4	18,1	13,2
	15	Frauen	1,6	28,5	17,6	–	–	–	1,6	24,5	15,4
	15	Insgesamt	1,4	23,6	16,3	1,6	32,7	20,0	1,4	19,4	13,7
Papierhersteller	16	Männer	1,4	21,5	15,8	1,5	32,4	21,1	1,3	19,0	14,1
	16	Frauen	1,6	25,1	16,2	–	–	–	1,6	24,0	15,2
	16	Insgesamt	1,4	22,2	15,9	1,6	33,5	21,3	1,4	19,9	14,3
Drucker	17	Männer	1,4	20,3	14,6	1,5	31,6	20,6	1,3	17,1	13,0
	17	Frauen	1,3	21,9	16,5	–	–	–	1,2	14,7	11,8
	17	Insgesamt	1,4	20,6	14,9	1,5	30,4	20,1	1,3	16,5	12,7
Holzaufbereiter	18	Männer	1,2	19,9	16,8	–	–	–	1,2	19,1	15,3
	18	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	18	Insgesamt	1,2	20,4	16,6	–	–	–	1,3	19,1	15,0
Metallerzeuger, Walzer	19	Männer	1,4	23,6	17,3	1,4	30,5	22,1	1,3	21,6	16,1
	19	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	19	Insgesamt	1,4	23,7	17,3	1,4	30,6	22,1	1,3	21,7	16,1
Former, Formgießer	20	Männer	1,5	24,9	16,8	1,7	36,2	20,8	1,5	22,9	15,0
	20	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	20	Insgesamt	1,5	24,9	16,8	1,7	35,9	20,8	1,5	22,8	15,0
Metallverformer (spanlos)	21	Männer	1,4	23,0	16,4	1,6	31,0	19,4	1,4	20,7	14,8
	21	Frauen	–	–	–	–	–	–	1,5	24,2	16,0
	21	Insgesamt	1,4	23,4	16,5	1,6	31,6	19,8	1,4	21,2	15,0
Metallverbinder	24	Männer	1,4	21,9	16,0	1,6	32,8	20,6	1,4	20,7	15,0
	24	Frauen	–	–	–	–	–	–	1,6	24,0	15,3
	24	Insgesamt	1,4	22,2	16,2	1,6	32,9	20,5	1,4	20,9	15,0
Schmiede	25	Männer	1,3	20,6	15,4	–	–	–	1,4	18,4	13,1
	25	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	25	Insgesamt	1,3	20,7	15,5	–	–	–	1,4	18,4	13,1

Altersgruppen/ Berufe	Schlüssel	Geschlecht	45 – < 55			55 – < 65			Durchschnitt alle Alter		
			Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer
Elektriker	31	Männer	1,3	17,5	13,9	1,3	24,1	18,2	1,2	13,9	11,4
	31	Frauen	1,8	25,0	14,3	1,7	31,6	18,7	1,6	19,6	11,9
	31	Insgesamt	1,3	18,1	14,0	1,3	24,6	18,2	1,2	14,3	11,4
Montierer und Metallberufe	32	Männer	1,3	21,7	16,5	1,4	28,6	20,0	1,3	18,5	14,1
	32	Frauen	1,6	26,2	15,9	1,7	36,5	22,0	1,6	24,4	15,3
	32	Insgesamt	1,4	23,0	16,3	1,5	31,3	20,7	1,4	20,1	14,4
Back-, Konditorwarenhersteller	39	Männer	0,8	15,7	18,8	–	–	–	0,9	12,8	14,4
	39	Frauen	–	–	–	–	–	–	1,2	16,8	13,9
	39	Insgesamt	1,0	17,9	18,4	1,3	32,6	24,8	1,0	14,1	14,2
Speisenbereiter	41	Männer	0,8	15,4	18,3	1,0	24,3	23,7	0,8	11,6	14,1
	41	Frauen	1,3	23,1	18,3	1,3	31,0	23,4	1,2	19,9	16,6
	41	Insgesamt	1,1	20,8	18,3	1,2	29,3	23,5	1,0	16,1	15,7
Maurer, Betonbauer	44	Männer	1,0	20,9	20,5	1,2	34,7	30,2	1,1	18,8	17,1
	44	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	44	Insgesamt	1,0	21,0	20,6	1,1	34,7	30,3	1,1	18,8	17,1
Zimmerer, Dachdecker, Gerüstbauer	45	Männer	1,1	22,8	21,2	–	–	–	1,2	17,8	15,4
	45	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	45	Insgesamt	1,1	22,7	21,1	–	–	–	1,2	17,8	15,4
Straßen-, Tiefbauer	46	Männer	1,3	23,8	17,9	1,5	35,7	23,5	1,4	21,5	15,8
	46	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	46	Insgesamt	1,3	23,8	17,9	1,5	35,6	23,5	1,4	21,6	15,8
Bauhilfsarbeiter	47	Männer	1,1	21,0	19,7	1,2	26,9	22,2	1,1	17,5	16,5
	47	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	47	Insgesamt	1,1	21,1	19,6	1,2	26,8	22,3	1,1	17,5	16,4
Bauausstatter	48	Männer	1,0	21,3	20,3	1,3	34,7	27,4	1,2	17,8	15,3
	48	Frauen	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	48	Insgesamt	1,0	21,1	20,1	1,3	34,6	27,2	1,2	17,8	15,2
Raumausstatter, Polsterer	49	Männer	1,3	24,5	19,0	–	–	–	1,3	19,0	15,0
	49	Frauen	–	–	–	–	–	–	1,3	18,8	14,5
	49	Insgesamt	1,3	23,9	18,9	–	–	–	1,3	18,9	14,9
Tischler, Modellbauer	50	Männer	1,2	17,6	14,6	1,4	28,8	20,6	1,3	15,0	12,0
	50	Frauen	–	–	–	–	–	–	1,7	16,4	9,7
	50	Insgesamt	1,2	17,8	14,7	1,4	28,8	20,6	1,3	15,1	11,9
Maler, Lackierer	51	Männer	1,3	22,6	17,8	1,4	30,6	21,5	1,3	18,4	13,8
	51	Frauen	–	–	–	–	–	–	1,6	20,7	12,8
	51	Insgesamt	1,3	22,8	17,8	1,4	31,0	21,7	1,4	18,6	13,7

Altersgruppen/ Berufe	Schlüssel	Geschlecht	45 – < 55			55 – < 65			Durchschnitt alle Alter		
			Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer	Fälle	Tage	Dauer
Warenprüfer	52	Männer	1,3	19,7	15,1	1,4	27,5	19,9	1,3	18,1	14,1
	52	Frauen	1,5	23,4	15,3	1,6	30,3	19,2	1,5	21,3	14,3
	52	Insgesamt	1,4	20,9	15,2	1,4	28,5	19,6	1,4	19,1	14,2
Hilfsarbeiter o.n. Tätigkeitsangabe	53	Männer	1,2	20,4	16,5	1,3	26,3	20,2	1,3	16,3	13,0
	53	Frauen	1,5	24,2	16,5	1,5	28,8	19,2	1,5	19,5	13,2
	53	Insgesamt	1,3	21,5	16,5	1,4	26,9	19,9	1,3	17,0	13,0
Ingenieure	60	Männer	1,3	12,3	9,7	1,1	14,9	13,2	0,8	7,6	9,1
	60	Frauen	1,1	13,0	12,0	–	–	–	0,8	7,4	9,2
	60	Insgesamt	1,2	12,4	10,0	1,1	15,0	13,1	0,8	7,5	9,1
Bank-, Versicherungskaufleute	69	Männer	1,3	16,1	12,2	1,2	19,1	16,4	1,0	9,8	10,1
	69	Frauen	1,2	15,9	12,8	1,3	19,8	15,4	1,1	11,1	9,8
	69	Insgesamt	1,3	16,0	12,6	1,2	19,5	15,8	1,1	10,6	9,9
Berufe des Landverkehrs	71	Männer	1,1	22,1	19,4	1,2	31,7	25,9	1,1	20,7	18,6
	71	Frauen	1,6	31,1	19,9	1,6	39,2	24,9	1,5	26,3	17,4
	71	Insgesamt	1,2	22,9	19,5	1,2	32,2	25,9	1,2	21,3	18,4
Unternehmer	75	Männer	0,8	10,4	12,8	0,8	13,6	17,1	0,7	7,8	11,8
	75	Frauen	0,8	10,3	12,8	0,9	14,8	17,0	0,8	7,4	9,3
	75	Insgesamt	0,8	10,3	12,8	0,8	13,9	17,1	0,7	7,7	10,5
Abgeordnete	76	Männer	1,0	12,4	12,6	0,8	13,0	15,4	0,7	8,3	11,8
	76	Frauen	1,1	14,0	12,6	1,1	16,8	15,1	0,9	10,3	11,2
	76	Insgesamt	1,0	13,2	12,6	0,9	14,4	15,2	0,8	9,3	11,5
Rechnungskaufleute, DV-Fachleute	77	Männer	1,1	12,5	11,2	1,1	14,8	13,8	0,8	7,8	9,3
	77	Frauen	1,1	15,5	14,4	1,2	20,2	17,5	1,0	12,9	12,8
	77	Insgesamt	1,1	14,3	13,1	1,1	18,0	16,1	0,9	10,3	11,1
Ärzte, Apotheker	84	Männer	–	–	–	–	–	–	0,4	5,4	13,4
	84	Frauen	0,5	8,1	14,8	–	–	–	0,5	6,2	12,0
	84	Insgesamt	0,6	9,0	15,9	0,7	13,5	20,1	0,5	6,0	12,3
Geistes- u. naturwiss. Berufe	88	Männer	0,9	9,8	10,7	–	–	–	0,5	5,1	9,6
	88	Frauen	0,9	10,5	11,8	–	–	–	0,7	6,6	9,5
	88	Insgesamt	0,9	10,1	11,3	1,0	13,3	14,0	0,6	6,0	9,6
alle Berufe	999	Männer	1,1	16,3	15,4	1,1	21,7	20,1	1,1	13,7	13,0
	999	Frauen	1,2	18,0	15,5	1,2	23,1	19,6	1,1	14,1	12,4
	999	Insgesamt	1,1	17,0	15,4	1,1	22,2	19,9	1,1	13,9	12,7

Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten Pflichtmitglieder nach der Dauer

8

Zahl der AU-Fälle
Summe der AU-Tage

Seite
A 96
A 96

Bund gesamt		Beschäftigte Pflichtmitglieder: 5.008.028					
Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Kalendertagen		Zahl der AU-Fälle absolut %		Summe der AU-Tage absolut %		AU-Tage je Fall in der Wo. bis zur Wo.	
1. Woche	1	666.252	11,5	666.252	0,9	1,0	1,0
	2	661.734	11,4	1.323.468	1,8	2,0	1,5
	3	746.593	12,9	2.239.779	3,0	3,0	2,0
	4	576.020	9,9	2.304.080	3,1	4,0	2,5
	5	767.878	13,3	3.839.390	5,2	5,0	3,0
	6	231.239	4,0	1.387.434	1,9	6,0	3,2
	7	180.632	3,1	1.264.424	1,7	7,0	3,4
Summe/Durchschnitt		3.830.348	66,1	13.024.827	17,5	3,4	3,4
2. Woche	8	207.145	3,6	1.657.160	2,2	8,0	3,6
	9	173.900	3,0	1.565.100	2,1	9,0	3,9
	10	162.336	2,8	1.623.360	2,2	10,0	4,1
	11	139.310	2,4	1.532.410	2,1	11,0	4,3
	12	192.894	3,3	2.314.728	3,1	12,0	4,6
	13	67.045	1,2	871.585	1,2	13,0	4,7
	14	59.551	1,0	833.714	1,1	14,0	4,8
Summe/Durchschnitt		1.002.181	17,3	10.398.057	14,0	10,4	4,8
3. Woche	15	75.050	1,3	1.125.750	1,5	15,0	5,0
	16	60.655	1,0	970.480	1,3	16,0	5,1
	17	55.380	1,0	941.460	1,3	17,0	5,3
	18	50.609	0,9	910.962	1,2	18,0	5,4
	19	67.100	1,2	1.274.900	1,7	19,0	5,6
	20	27.218	0,5	544.360	0,7	20,0	5,6
	21	25.660	0,4	538.860	0,7	21,0	5,7
Summe/Durchschnitt		361.672	6,2	6.306.772	8,5	17,4	5,7
4. Woche	22	30.378	0,5	668.316	0,9	22,0	5,8
	23	26.601	0,5	611.823	0,8	23,0	5,9
	24	26.261	0,5	630.264	0,8	24,0	6,0
	25	25.795	0,4	644.875	0,9	25,0	6,1
	26	34.683	0,6	901.758	1,2	26,0	6,2
	27	15.311	0,3	413.397	0,6	27,0	6,3
	28	14.764	0,3	413.392	0,6	28,0	6,3
Summe/Durchschnitt		173.793	3,0	4.283.825	5,8	24,6	6,3
5. Woche	29	17.547	0,3	508.863	0,7	29,0	6,4
	30	15.888	0,3	476.640	0,6	30,0	6,5
	31	16.118	0,3	499.658	0,7	31,0	6,6
	32	16.019	0,3	512.608	0,7	32,0	6,6
	33	20.740	0,4	684.420	0,9	33,0	6,7
	34	9.660	0,2	328.440	0,4	34,0	6,8
	35	9.556	0,2	334.460	0,5	35,0	6,8
Summe/Durchschnitt		105.528	1,8	3.345.089	4,5	31,7	6,8
6. Woche	36	10.077	0,2	362.772	0,5	36,0	6,9
	37	10.200	0,2	377.400	0,5	37,0	6,9
	38	10.761	0,2	408.918	0,6	38,0	7,0
	39	11.220	0,2	437.580	0,6	39,0	7,1
	40	16.212	0,3	648.480	0,9	40,0	7,2
	41	7.932	0,1	325.212	0,4	41,0	7,2
	42	12.665	0,2	531.930	0,7	42,0	7,3
Summe/Durchschnitt		79.067	1,4	3.092.292	4,2	39,1	7,3
7. Woche	Summe/Durchschnitt	37.231	0,6	1.700.404	2,3	45,7	7,5
8. Woche	Summe/Durchschnitt	23.859	0,4	1.265.676	1,7	53,0	7,7
9. Woche	Summe/Durchschnitt	18.995	0,3	1.140.095	1,5	60,0	7,9
10. Woche	Summe/Durchschnitt	14.917	0,3	1.000.330	1,3	67,1	8,1
11. Woche	Summe/Durchschnitt	12.364	0,2	915.346	1,2	74,0	8,2
12. Woche	Summe/Durchschnitt	10.614	0,2	860.922	1,2	81,1	8,3
12.–26. Woche	Summe/Durchschnitt	69.040	1,2	8.461.878	11,4	122,6	9,7
26.–52. Woche	Summe/Durchschnitt	32.841	0,6	8.332.995	11,2	253,7	11,1
52.–78. Woche	Summe/Durchschnitt	18.515	0,3	8.787.545	11,8	474,6	12,6
>78 Wochen	Summe/Durchschnitt	2.478	0,0	1.361.309	1,8	549,4	12,8
Alle	Summe/Durchschnitt	5.793.443	100,0	74.277.362	100,0	12,8	12,8

Die häufigsten Einzeldiagnosen bei Arbeitsunfähigkeit (Mitglieder ohne Rentner)

9

Gesamt

- | | Seite |
|---------------------|-------|
| - nach der Fallzahl | A 98 |
| - nach den Tagen | A 99 |

Frauen

- | | |
|---------------------|-------|
| - nach der Fallzahl | A 100 |
| - nach den Tagen | A 101 |

Männer

- | | |
|---------------------|-------|
| - nach der Fallzahl | A 102 |
| - nach den Tagen | A 103 |

ICD	Krankheitsart	Absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	645.069	3.789.680	106,62	626,40	5,9
M54	Rückenschmerzen	456.892	7.042.389	75,52	1.164,04	15,4
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	283.356	1.289.613	46,84	213,16	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	227.730	602.958	37,64	99,66	2,6
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	222.608	1.097.195	36,80	181,36	4,9
J20	Akute Bronchitis	206.343	1.520.152	34,11	251,27	7,4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	179.349	1.273.471	29,64	210,49	7,1
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	131.659	774.208	21,76	127,97	5,9
J01	Akute Sinusitis	104.211	623.410	17,23	103,04	6,0
J03	Akute Tonsillitis	103.533	606.729	17,11	100,29	5,9
J32	Chronische Sinusitis	96.446	618.831	15,94	102,29	6,4
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	90.729	1.284.808	15,00	212,37	14,2
K29	Gastritis und Duodenitis	89.135	595.399	14,73	98,41	6,7
J02	Akute Pharyngitis	85.384	470.242	14,11	77,73	5,5
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	81.201	648.941	13,42	107,26	8,0
F32	Depressive Episode	75.821	3.837.241	12,53	634,26	50,6
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	70.830	1.920.310	11,71	317,41	27,1
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	59.755	271.524	9,88	44,88	4,5
M77	Sonstige Enthesopathien	55.638	1.022.085	9,20	168,94	18,4
S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. oberen Sprunggelenkes u. d. Fußes	54.905	847.160	9,08	140,03	15,4

ICD	Krankheitsart	Absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	456.892	7.042.389	75,52	1.164,04	15,4
F32	Depressive Episode	75.821	3.837.241	12,53	634,26	50,6
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	645.069	3.789.680	106,62	626,40	5,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	70.830	1.920.310	11,71	317,41	27,1
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	44.735	1.869.709	7,39	309,05	41,8
J20	Akute Bronchitis	206.343	1.520.152	34,11	251,27	7,4
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	47.032	1.513.173	7,77	250,11	32,2
M75	Schulterläsionen	49.235	1.489.833	8,14	246,26	30,3
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	283.356	1.289.613	46,84	213,16	4,6
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	90.729	1.284.808	15,00	212,37	14,2
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	179.349	1.273.471	29,64	210,49	7,1
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	222.608	1.097.195	36,80	181,36	4,9
F48	Andere neurotische Störungen	42.108	1.060.088	6,96	175,22	25,2
M77	Sonstige Enthesopathien	55.638	1.022.085	9,20	168,94	18,4
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	29.710	978.080	4,91	161,67	32,9
F45	Somatoforme Störungen	36.271	913.383	6,00	150,97	25,2
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	12.860	876.792	2,13	144,93	68,2
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	45.235	874.280	7,48	144,51	19,3
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	20.127	855.053	3,33	141,33	42,5
S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. oberen Sprunggelenkes u. d. Fußes	54.905	847.160	9,08	140,03	15,4

ICD	Krankheitsart	Absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder	305.732	1.792.348	115,03	674,38	5,9
M54	Rückenschmerzen	163.245	2.543.518	61,42	957,01	15,6
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	124.664	566.104	46,91	213,00	4,5
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	101.433	281.261	38,16	105,83	2,8
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	98.130	480.753	36,92	180,89	4,9
J20	Akute Bronchitis	93.550	687.792	35,20	258,78	7,4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	83.278	591.212	31,33	222,45	7,1
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	61.488	360.172	23,14	135,52	5,9
J01	Akute Sinusitis	57.979	341.912	21,81	128,65	5,9
J32	Chronische Sinusitis	53.175	330.038	20,01	124,18	6,2
J03	Akute Tonsillitis	52.140	301.456	19,62	113,42	5,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	48.615	381.634	18,29	143,59	7,9
J02	Akute Pharyngitis	44.269	243.041	16,66	91,45	5,5
F32	Depressive Episode	44.216	2.210.248	16,64	831,61	50,0
K29	Gastritis und Duodenitis	44.141	286.430	16,61	107,77	6,5
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	43.941	1.185.242	16,53	445,95	27,0
G43	Migräne	37.327	163.378	14,04	61,47	4,4
J04	Akute Laryngitis und Tracheitis	30.374	192.434	11,43	72,40	6,3
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	28.770	162.730	10,82	61,23	5,7
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	27.101	359.154	10,20	135,13	13,3

ICD	Krankheitsart	Absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	163.245	2.543.518	61,42	957,01	15,6
F32	Depressive Episode	44.216	2.210.248	16,64	831,61	50,0
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	305.732	1.792.348	115,03	674,38	5,9
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	43.941	1.185.242	16,53	445,95	27,0
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	6.219	756.543	2,34	284,65	121,7
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	16.161	733.495	6,08	275,98	45,4
J20	Akute Bronchitis	93.550	687.792	35,20	258,78	7,4
F48	Andere neurotische Störungen	25.745	651.839	9,69	245,26	25,3
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	83.278	591.212	31,33	222,45	7,1
M75	Schulterläsionen	18.555	575.386	6,98	216,49	31,0
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	124.664	566.104	46,91	213,00	4,5
F45	Somatoforme Störungen	21.460	542.697	8,07	204,19	25,3
F33	Rezidivierende depressive Störung	6.988	491.605	2,63	184,97	70,3
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	13.883	490.991	5,22	184,74	35,4
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	98.130	480.753	36,92	180,89	4,9
M77	Sonstige Enthesopathien	20.214	408.215	7,61	153,59	20,2
F41	Andere Angststörungen	8.197	404.670	3,08	152,26	49,4
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	23.569	387.376	8,87	145,75	16,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	48.615	381.634	18,29	143,59	7,9
G56	Mononeuropathien der oberen Extremität	11.556	370.104	4,35	139,25	32,0

ICD	Krankheitsart	Absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	339.337	1.997.332	100,04	588,81	5,9
M54	Rückenschmerzen	293.647	4.498.871	86,57	1.326,26	15,3
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	158.692	723.509	46,78	213,29	4,6
K08	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	126.297	321.697	37,23	94,84	2,5
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	124.478	616.442	36,70	181,73	5,0
J20	Akute Bronchitis	112.793	832.360	33,25	245,38	7,4
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	96.071	682.259	28,32	201,13	7,1
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	70.171	414.036	20,69	122,06	5,9
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	63.628	925.654	18,76	272,88	14,5
J03	Akute Tonsillitis	51.393	305.273	15,15	89,99	5,9
J01	Akute Sinusitis	46.232	281.498	13,63	82,99	6,1
K29	Gastritis und Duodenitis	44.994	308.969	13,26	91,08	6,9
J32	Chronische Sinusitis	43.271	288.793	12,76	85,14	6,7
J02	Akute Pharyngitis	41.115	227.201	12,12	66,98	5,5
S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. oberen Sprunggelenkes u. d. Fußes	35.462	537.499	10,45	158,45	15,2
M77	Sonstige Enthesopathien	35.424	613.870	10,44	180,97	17,3
A08	Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	33.297	150.457	9,82	44,35	4,5
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	33.149	1.022.182	9,77	301,34	30,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	32.586	267.307	9,61	78,80	8,2
F32	Depressive Episode	31.605	1.626.993	9,32	479,63	51,5

ICD	Krankheitsart	Absolut		je 1.000 Mitglieder		Tage je Fall
		AU-Fälle	AU-Tage	AU-Fälle	AU-Tage	
M54	Rückenschmerzen	293.647	4.498.871	86,57	1.326,26	15,3
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	339.337	1.997.332	100,04	588,81	5,9
F32	Depressive Episode	31.605	1.626.993	9,32	479,63	51,5
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	28.574	1.136.214	8,42	334,95	39,8
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	33.149	1.022.182	9,77	301,34	30,8
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	63.628	925.654	18,76	272,88	14,5
M75	Schulterläsionen	30.680	914.447	9,04	269,58	29,8
J20	Akute Bronchitis	112.793	832.360	33,25	245,38	7,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	26.889	735.068	7,93	216,70	27,3
A09	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	158.692	723.509	46,78	213,29	4,6
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	96.071	682.259	28,32	201,13	7,1
S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	20.718	673.714	6,11	198,61	32,5
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	124.478	616.442	36,70	181,73	5,0
M77	Sonstige Enthesopathien	35.424	613.870	10,44	180,97	17,3
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	30.335	580.493	8,94	171,13	19,1
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	13.495	537.757	3,98	158,53	39,8
S93	Luxation, Verstauchung u. Zerrung d. Gelenke u. Bänder in Höhe d. oberen Sprunggelenkes u. d. Fußes	35.462	537.499	10,45	158,45	15,2
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	7.737	520.575	2,28	153,46	67,3
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	26.997	453.701	7,96	133,75	16,8
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	27.363	449.692	8,07	132,57	16,4

Prof. Dr. Bernhard Badura

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Postfach 100131
33501 Bielefeld

Emanuel Beerheide

LIGA.NRW
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des
Landes Nordrhein-Westfalen
Fachgruppe 2.2
„Betriebliches Gesundheitsmanagement“
Ulenbergstraße 127–131
40225 Düsseldorf

Michael Bellwinkel

Referatsleiter Prävention und Selbsthilfe
BKK Bundesverband
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen

Franz Billinger

Leiter Unternehmenskommunikation
Siemens BKK
SBK Siemens-Betriebskrankenkasse
Heimeranstraße 31
80339 München

Dr. Alexander Böhne

Betriebliche Personalpolitik
BDA - Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände
Haus der Deutschen Wirtschaft
Breite Straße 29
10178 Berlin

Lena Böhnke

Team Gesundheit
Rellinghauser Str. 93
45128 Essen

Prof. Dr. Heike Bruch

Direktorin am Institut für Führung und
Personalmanagement und Ordinaria
Universität St. Gallen
Institut für Führung und
Personalmanagement der Universität
St. Gallen
Dufourstrasse 40 A
9000 St. Gallen
Schweiz

Dr. Sven Bungard

BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Hermann Burr, PhD

BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin
Nöldnerstr. 40-42
10317 Berlin

Andrea Deufel

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie
Institut Mensch in komplexen Systemen
(MikS)
Riggenbachstrasse 16
4600 Olten
Schweiz

Verena Ganske

BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Arno Georg

Koordinator Forschungsbereich
"Arbeitspolitik und Gesundheit"
sfs – Sozialforschungsstelle Dortmund
Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der
TU Dortmund
Evinger Platz 17
44339 Dortmund

Carsten Gräf

Bereichsleiter Betriebliches
Gesundheitsmanagement
Team Gesundheit
Rellinghauser Str. 93
45128 Essen

Sabine Gregersen

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege
BGW/ Abteilung GPR
FB Gesundheitsschutz - Psychologie
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg

Franz-Josef Grothaus

BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Prof. Dr. Hans Martin Hasselhorn

Leiter Fachbereich „Arbeit und Gesundheit“
BAuA - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin
Nöldnerstr. 40–42
10317 Berlin

Dr. Dagmar Hertle

BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

PD Dr. Josef Hilbert

Geschäftsführender Direktor und Direktor des
Forschungsschwerpunktes Gesundheitswirt-
schaft und Lebensqualität
IAT – Institut für Arbeit und Technik
Munscheidstraße 14
45886 Gelsenkirchen

Karin Kliner

Projektkoordinatorin Gesundheitsbericht-
erstattung
BKK Bundesverband
Kronprinzenstr. 6
54128 Essen

Sandra Kowalevski

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Universität St. Gallen
Institut für Führung und Personalmanagement
der Universität
St. Gallen
Dufourstrasse 40 A
9000 St. Gallen
Schweiz

Prof. Dr. Andreas Krause

Studiengangsleiter CAS BGM
Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie
Institut Mensch in komplexen Systemen
(MikS)
Riggenbachstrasse 16
4600 Olten
Schweiz

Andrea Neid

Referatsleiterin Gesundheitsförderung
mhplus Betriebskrankenkasse
Franckstraße 8
71636 Ludwigsburg

Heiko Rüger

Koordinator Forschungsschwerpunkt
„Berufsbedingte räumliche Mobilität –
Ursachen und Konsequenzen“
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
Friedrich-Ebert-Allee 4
65185 Wiesbaden

Silvia Ruppenthal

Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
Friedrich-Ebert-Allee 4
65185 Wiesbaden

Sarah Schuster

Team Gesundheit
Rellinghauser Str. 93
45128 Essen

Anne Schweppenhäußer

Geschäftsführende Gesellschafterin
C!CERO
Organisationsentwicklung GmbH
Vaihinger Markt 28
70563 Stuttgart

Dr. Kai Seiler

Leiter der Fachgruppe
„Betriebliches Gesundheitsmanagement“
LIGA.NRW
Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des
Landes Nordrhein-Westfalen
Fachgruppe 2.2
„Betriebliches Gesundheitsmanagement“
Ulenbergstraße 127–131
40225 Düsseldorf

Dr. Dagmar Siebecke

Wissenschaftliche Projektleitung
Technische Universität Dortmund
Koordinatorin des Präventionsnetzwerkes
„Burnon-Zentrum“
Düsseldorfer Büro:
Sengelsweg 39
40489 Düsseldorf

Mika Steinke

Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Universität Bielefeld
Institut für Pflegewissenschaft (IPW)
Postfach 10 01 31
33501 Bielefeld

Christin Tewes

BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Andrea Trümner

BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit
Kanzlerstr. 4
40472 Düsseldorf

Prof. em. (ETH) Dr. Dr.h.c. Eberhard Ulich

Senior Partner
iafob - Institut für Arbeitsforschung und
Organisationsberatung
Obere Zäune 14
8001 Zürich
Schweiz

Martina Weber

Team Gesundheit
Rellinghauser Str. 93
45128 Essen

Erika Zoike

Referats- und Projektleiterin für die
Gesundheitsberichterstattung bis 2010
BKK Bundesverband
Kronprinzenstr. 6
54128 Essen

[illegible]



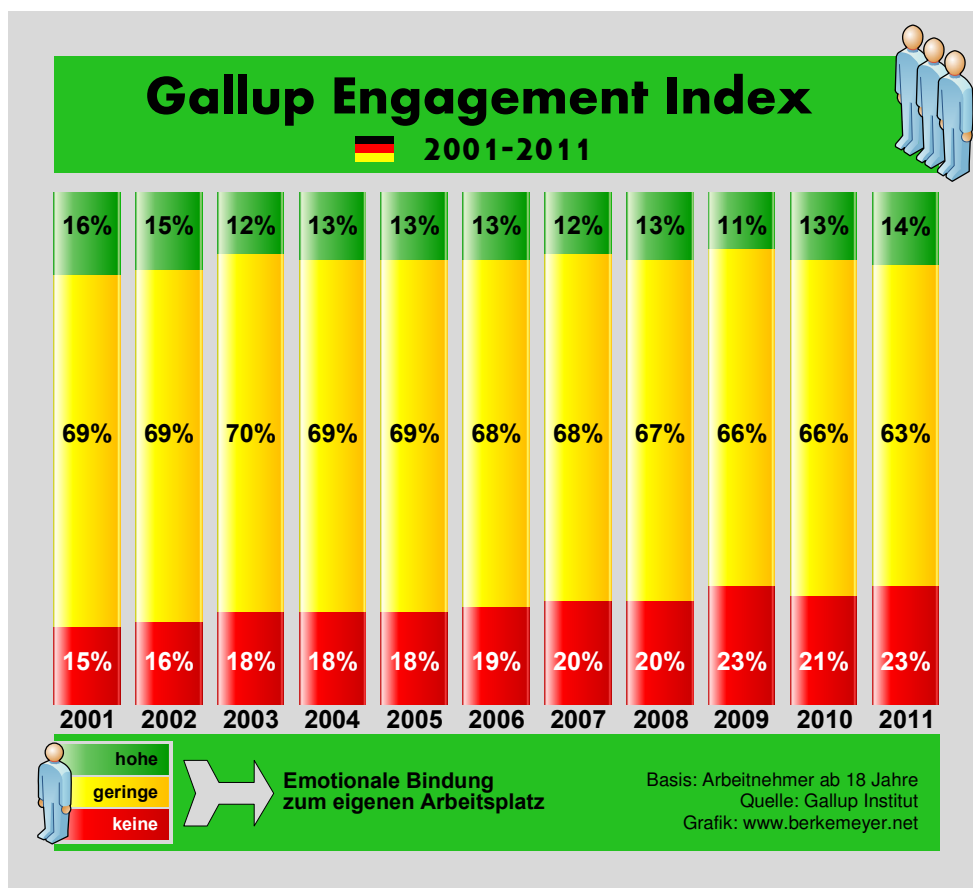
Gallup-Studie 2011:

Jeder vierte Arbeitnehmer hat innerlich gekündigt

Bei 23 Prozent der Beschäftigten in Deutschland ist eine geringe Arbeitszufriedenheit festzustellen. Sie finden das Betriebsklima schlecht, können sich mit ihrer Arbeit nicht identifizieren und gehen gegenüber ihrem Unternehmen auf Distanz. In einer seit dem Jahr 2001 jährlich durchgeführten Befragung von deutschen Arbeitnehmern stellt das Gallup-Institut einen durchgehenden Trend fest: Die Identifikation mit dem eigenen Arbeitsplatz ist erschreckend gering. Gallup bezeichnet diese Beschäftigten als "unengagiert bis hin zur inneren Kündigung". Als Hauptverursacher dieses Trends benennt das Institut das Management: Viele Beschäftigte haben das Gefühl, dass ihre zentralen Bedürfnisse und Erwartungen von ihren direkten Vorgesetzten teilweise oder völlig ignoriert werden. Das hat finanzielle Folgen. Gallup errechnet jährliche Kosten durch Fehltage, Fluktuation und schlechte Produktivität in Höhe von über 122 Milliarden Euro und empfiehlt den Unternehmensleitungen, ihren Beschäftigten gegenüber an Stelle von Verschleißstrategien mehr auf die Pflege der Humanressourcen zu setzen.

Im Jahr 2011 arbeiten nur 14 Prozent der Beschäftigten in Deutschland wirklich engagiert - mit einer hohen emotionalen Bindung zu ihrem eigenen Arbeitsplatz. Der durch Wirtschaftskrise und Globalisierung erhöhte Zeit- und Leistungsdruck, der von vielen Beschäftigten und Arbeitsschützern mit "Arbeitsverdichtung, Stress und Arbeiten ohne Ende" beklagt wird, fordert Höchstleistungen von Mitarbeitern und deren Führungskräften. Aber werden diese Höchstleistungen auch abgerufen?

Die Arbeitszufriedenheitsstudie ergab: 63 Prozent der Beschäftigten in Deutschland verspüren, auf das Jahr 2011 bezogen, keine echte Verpflichtung ihrer Arbeit gegenüber, sind "unengagiert", 23 Prozent sogar "aktiv unengagiert", d.h. sie zeigen unerwünschtes Verhalten, das zu Lasten der Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen geht.



Unzufriedenheit und schlechtes Betriebsklima führen zu mangelnden Leistungen

Damit werden die in vielen Betrieben existenziell notwendigen Höchstleistungen nicht erreicht. Stattdessen sind gerade bei den emotional ungebundenen Mitarbeitern überdurchschnittlich viele Fehlzeiten (70 Prozent höhere Fehlzeiten als ihre emotional gebundenen Kollegen), das Gefühl permanenter Überlastung und ein fehlendes Vertrauensverhältnis gegenüber den Vorgesetzten und Unternehmensleitungen an der Tagesordnung.

Hierbei führt die von Gallup angemerkte "unengagierte" Einstellung nicht sofort zu sichtbaren Minderergebnissen. Was Gallup nämlich mit "unengagiert" meint, kann in Einzelfällen auch "Dienst nach Vorschrift" bedeuten. Generell wird damit ein bestimmtes Verhältnis der Beschäftigten zu ihrem Unternehmen umrissen - und das ist in diesem Fall geprägt durch Unzufriedenheit, mangelndes Vertrauen, Distanz und Enttäuschung über die Unternehmenspolitik, also durch ein schlechtes Betriebsklima und geringe Arbeitszufriedenheit. Das muss nicht unbedingt bedeuten, dass diese Kolleginnen und Kollegen keine volle Leistung erbringen. Sie tun dies aber offenbar in einem Klima der Unzufriedenheit und der Unlust. Langfristig bedeutet dieser Prozess einen schleichenden Qualitätsverlust.

Gerade dieser schleichende Verlust von Qualität ist es, der häufig ein genaues Hinterfragen der Arbeitszufriedenheit verhindert. Das ohnehin gestresste Management in der oberen und mittleren Ebene nimmt nur die scheinbar normalen Arbeitsabläufe wahr und fühlt sich dadurch beruhigt. Erst bei auftretenden Krisensituationen wird genau analysiert. Eine Veränderung der sich bis dahin langjährig eingespielten Prozesse von Minderleistung, Kreativitätsverweigerung und Ohnmacht bei den Mitarbeitern ist dann deutlich erschwert. Gleichzeitig wird eine professionelle Personalentwicklung in vielen mittelständischen Unternehmen eher als eine lästige Zusatzaufgabe gesehen, die die alltäglichen Arbeitsroutinen behindert.

Die von Gallup seit 11 Jahren durchgeführte Untersuchung wird auch von einer Vielzahl anderer Umfragen bestätigt. Der durch die anspruchsvollen Wettbewerbsbedingungen im Markt entstehende Druck wird oft ungefiltert an die Mitarbeiter weitergeleitet, anstatt durch eine professionelle Pflege und Entwicklung der Humanressourcen Lösungen für die vielfältig auftretenden Probleme zu schaffen. Dadurch wird die mangelnde Zufriedenheit der Mitarbeiter nicht nur zu einem wirtschaftlichen Problem für die Arbeitsprozesse im Unternehmen, sondern oft auch zu einem persönlichen Gesundheitsproblem für die Mitarbeiter selbst. Gerade im Jahr 2011 schafften es die Themen Stress und Burnout bis auf die Titelseiten der Medien.

**Hier die sogenannten "Q 12" – Aspekte
zum Arbeitsplatz und -umfeld, die nach Gallup die
emotionale Bindung an ihren Arbeitgeber definieren:**

Der Mitarbeiter...

- ✓ weiß, was von ihm erwartet wird
- ✓ hat Materialien und Arbeitsmittel ausreichend zur Verfügung
- ✓ kann tun, was er am besten kann
- ✓ erhält Anerkennung
- ✓ wird als Mensch gesehen
- ✓ erhält Unterstützung
- ✓ weiß, dass seine Meinung zählt
- ✓ kann sich mit den Unternehmenszielen identifizieren
- ✓ sieht, dass sich seine Kollegen für Qualität engagieren
- ✓ hat einen guten Freund im Unternehmen
- ✓ sieht einen Fortschritt
- ✓ kann lernen und sich entwickeln

Die Pflege von Humanressourcen schafft Loyalität und Produktivität

Das Institut erläutert: Engagierte sind loyal ihrem Unternehmen gegenüber, arbeiten sehr produktiv und empfinden ihre Arbeit als befriedigend. Der Höchstwert der Engagierten wurde von Gallup im ersten Jahr der Untersuchung 2001 mit 16 Prozent festgestellt – der niedrigste Wert im Jahr 2009 mit 11 Prozent. In 2011 sind es aktuell 14 Prozent der Mitarbeiter, die sich mit ihrem Unternehmen und ihrer eigenen Arbeitsaufgabe voll identifizieren und somit herausragende Leistungen erbringen. Die meisten anderen Mitarbeiter machen dagegen häufig "Dienst nach Vorschrift". Oft fühlen sie sich ihrem Unternehmen nicht wirklich verpflichtet. Der Anteil dieser Unengagierten betrug in den letzten Jahren im Durchschnitt 68 Prozent. Die "aktiv Unengagierten" schließlich sind, wie Gallup formuliert, verstimmt und zeigen ihre negative Einstellung gegenüber ihrer Arbeit und ihrem Arbeitgeber deutlich. Sie sind entweder unproduktiv oder haben sogar die "innere Kündigung" schon vollzogen. Der Anteil dieser Gruppe erreichte 2011 einen Höchstwert von 23 Prozent.

Die Untersuchung basiert auf einer von Gallup seit dem Jahr 2001 vorgenommenen jährlichen Befragung unter bis zu 2.000 Beschäftigten. Für das Jahr 2011 wurden 1.323 zufällig ausgewählte Arbeitnehmer ab 18 Jahren telefonisch interviewt. Damit sind die Ergebnisse repräsentativ für die Arbeitnehmerschaft in Deutschland. Ähnliche Befragungen nimmt Gallup in vielen weiteren Ländern vor. Nach eigenen Angaben hat das Institut in den vergangenen drei Jahren weltweit über 3 Millionen Beschäftigte befragt. Ziel dieser Marktforschung ist, die Unternehmensleitungen für die Pflege eines engagierten Mitarbeiterstammes zu sensibilisieren.

Frauen sind engagierter, belastende und langweilige Arbeiten drücken die Stimmung

Tendenziell ist Gallup zu Folge ein fehlendes Engagement in Ostdeutschland weiter verbreitet als in Westdeutschland. Der Grad des Engagements ist bei Frauen durchschnittlich höher als bei Männern. Gallup hat außerdem festgestellt, dass unter den älteren Beschäftigten (über 45 Jahre) die Gruppe der "aktiv unengagierten" deutlich größer ist als bei den Jüngeren zwischen 18 und 30 Jahren. Ähnlich verhält es sich beim formalen Bildungsgrad. Hier zeigt sich, dass unter Beschäftigten mit Volks- bzw. Hauptschulabschluss die Gruppe der "aktiv unengagierten" größer ist als bei solchen mit Abitur bzw. Hochschulabschluss. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass unbefriedigende, belastende, langweilige, schlechter bezahlte usw. Tätigkeiten am ehesten zu einer wenig oder nicht engagierten Arbeitseinstellung führen.

Fluktuation - Warnsignal und Kostenfaktor

Gallup fragte aber nicht nur nach der Einstellung zur Arbeit, sondern auch nach den Gründen für diese Einstellung. Der wichtigste Grund für fehlendes Engagement von Beschäftigten ist dem zu Folge "schlechtes Management". Viele Beschäftigte haben angegeben, dass sie nicht wissen, was von ihnen erwartet wird, dass ihre Vorgesetzten sich nicht für sie als Menschen interessieren, dass sie eine Position ausfüllen, die ihnen nicht liegt und dass ihre Meinungen und Ansichten kaum Gewicht haben. Für schlechtes Management spricht auch, dass viele Beschäftigte immer unengagierter werden, je länger sie bei dem gleichen Unternehmen verbleiben.

Eine für Gallup aus Unternehmenssicht bedenkliche Folge mangelnden Engagements ist die Fluktuation der Beschäftigten. Die Fluktuation ist bei den Unengagierten deutlich höher als bei den Engagierten. Fast die Hälfte der emotional ungebundenen Mitarbeiter schließen nicht aus, dass sie ihrem Arbeitgeber innerhalb der nächsten zwölf Monate den Rücken kehren – bei den emotional hoch gebundenen Mitarbeitern sind es nur 7 Prozent. Mitarbeiterfluktuation betrachtet das Institut als einen für die Unternehmen erheblichen Kostenfaktor. Dieser entsteht durch einen Know-How-Verlust, die Organisation der Wiederbesetzung der Stellen sowie der notwendigen Einarbeitungszeiten.

Zufriedenheit ist nicht gleich emotionale Bindung

Neun von zehn Angestellten in Deutschland (92 Prozent) sind mit der Arbeit, die sie ausführen, zufrieden. Für die Mehrheit der Beschäftigten (58 Prozent) steht die Vergütung in einem adäquaten Verhältnis zu ihrer Leistung. Marco Nink, Strategic Consultant bei Gallup, kommentiert: "Diese Zahlen zeigen ganz eindeutig, dass die Gründe für eine mangelnde emotionale Bindung nicht in den Rahmenbedingungen des Arbeitsverhältnisses liegen. Führungskräfte sind diejenigen, die in der Verantwortung stehen, da sie es sind, die das Arbeitsumfeld durch ihr Führungsverhalten prägen und gestalten."

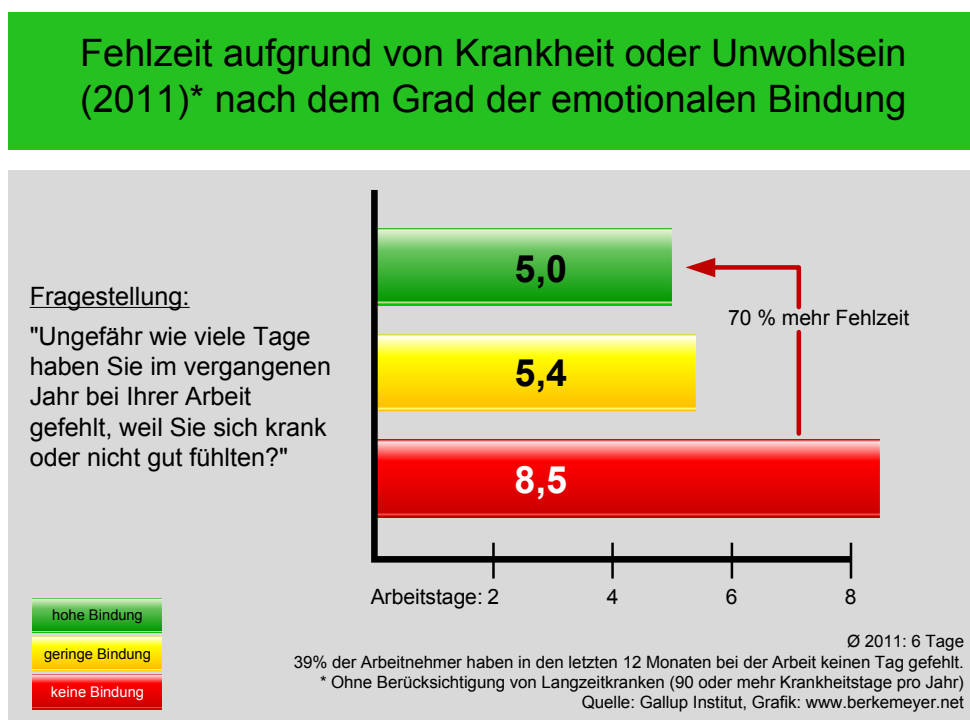
Innovationskraft lässt nach

Auch auf die Innovationskraft wirkt sich das Engagement der Mitarbeiter aus. Hierbei geht es laut Gallup nicht darum, dass Mitarbeiter jeden Tag bahnbrechende Innovationen einbringen. Wichtig für die Unternehmen sind vor allem die vermeintlich kleinen Ideen der Beschäftigten, wie etwa zur Optimierung von Arbeitsabläufen und Prozessen. Die Studie zeigt: Emotional gebundene Mitarbeiter haben im letzten halben Jahr vor der Untersuchung das Dreifache an Anregungen für Verbesserungen eingebracht als ihre ungebundenen Kollegen.

Hierbei ist erschreckend, dass 33 Prozent der emotional wenig gebundenen Arbeitnehmer in diesem Zeitraum keine einzige Idee ins Unternehmen getragen haben. Der Grund hierfür liegt häufig bei den Führungskräften: Nur wenige der emotional nicht gebundenen Mitarbeiter mochten der Aussage uneingeschränkt zustimmen, dass ihr Vorgesetzter für neue Ideen und Vorschläge offen ist, während in der Gruppe der emotional hoch Gebundenen mehr als zwei Drittel der Befragten ohne Wenn und Aber zustimmte. Die Folge: Wenn Mitarbeiter mit ihren Ideen regelmäßig auf taube Ohren stoßen, resignieren sie, ziehen sich vor allem bei Problemen zurück und bringen sich nicht mehr in aktive Prozesse der Lösungsfindung ein.

Kosten von über 122 Milliarden Euro

Gallup beziffert auch den materiellen Schaden, der aus dem fehlenden Engagement am Arbeitsplatz resultiert. Kosten entstehen den Unternehmen demnach durch schwache Mitarbeiterbindung, Fluktuation, hohe Fehlzeiten und niedrige Produktivität. So weisen Beschäftigte ohne emotionale Bindung 3,5 Fehltage mehr auf als emotional hoch gebundene Mitarbeiter. Einem Unternehmen mit 1.000 Mitarbeitern entstehen auf diese Weise jährliche Mehrkosten von etwa 307.000 Euro. Die volkswirtschaftlichen Kosten belaufen sich nach den Berechnungen von Gallup auf eine Summe von über 122 Milliarden Euro pro Jahr.



Keine Lust trotz Finanzkrise

Nicht einmal die Finanzkrise trug dazu bei, dass sich die Arbeitnehmer aus Sorge um den Arbeitsplatz stärker für ihr Unternehmen einsetzen. Der Blick auf die vergangenen Jahre zeige, so Gallup, dass weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung der Konjunktur zu nennenswerten Verschiebungen zwischen den drei Bindungsgruppen geführt habe. Vielmehr seien die Ursachen für den relativ geringen Anteil emotional hoch gebundener Arbeitnehmer in Deutschland hausgemacht und gingen auf Defizite in der Personalführung zurück.

Mitarbeiter vermissen Wertschätzung

Die emotionale Mitarbeiterbindung hängt vor allem mit der direkten Führungskraft zusammen: So bemängeln viele Beschäftigte, dass sie zu wenig Anerkennung erhalten oder ihre Meinung im Unternehmen nicht gehört werde. Der Aussage "Ich habe in den letzten sieben Tagen für gute Arbeit Anerkennung und Lob bekommen" stimmten nur 4 Prozent der Mitarbeiter ohne emotionale Bindung uneingeschränkt zu. Bei den emotional hoch gebundenen Arbeitnehmern lag dieser Wert bei 79 Prozent. Ähnlich verhielt es sich, wenn es um konstruktives Feedback ging (2 Prozent zu 75 Prozent). Des Weiteren gaben nur 5 Prozent der Mitarbeiter ohne emotionale Bindung an, dass sich jemand bei der Arbeit für sie als Mensch interessiert (emotional hoch Gebundene: 93 Prozent). Nur ein Prozent der Mitarbeiter ohne emotionale Bindung erklärt, dass es jemanden im Unternehmen gibt, der die persönliche Entwicklung fördert (emotional hoch Gebundene: 87 Prozent). Nur drei Prozent der emotional nicht gebundenen Mitarbeiter mochten der Aussage uneingeschränkt zustimmen, ihre Meinungen und Ansichten hätten im Unternehmen Gewicht. In der Gruppe der emotional hoch Gebundenen stimmten 93 Prozent ohne Wenn und Aber zu. Zahlreiche Arbeitnehmer sind zudem der Meinung, dass sie eine Position ausfüllen, die ihnen nicht wirklich liegt.

Dazu Marco Nink von Gallup: "Es wird deutlich, welchen Einfluss das Führungsverhalten, also die Erfüllung der elementaren Bedürfnisse und Erwartungen am Arbeitsplatz, auf die Verbundenheit der Mitarbeiter hat. Gute Führung orientiert sich am Menschen. In jedem Unternehmen lassen sich durch geeignete Maßnahmen Verbesserungen erzielen, denn der Grad der emotionalen Bindung ist unabhängig vom Ausgangsniveau veränderbar. Unternehmen dürfen ihr Humankapital nicht vernachlässigen und müssen dem Führungsverhalten größere Bedeutung beimessen. Der Erfolg eines Unternehmens hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dabei wird ein Aspekt oft übersehen: Die Mitarbeiter!"

Lösungsansatz Kommunikation

Die Lösung für die kritische Einstellung vieler Mitarbeiter in deutschen Unternehmen liegt in ganz unterschiedlichen und individuellen Ansätzen. Grundsätzlich aber vermissen die Mitarbeiter eine offene Kommunikation und ein ehrliches Interesse an ihren persönlichen Problemen. Es wird zu wenig miteinander geredet, und das sowohl in der horizontalen Kommunikation unter den Kollegen als auch vor allem in der vertikalen Kommunikation zwischen den Führungskräften und ihren Mitarbeitern. Als Grund für die schlechte Kommunikation wird oft der Mangel an Zeit genannt. Dabei ist diese Angabe vielfach nur ein Vorwand: Etliche Führungskräfte beherrschen die Kommunikation mit dem Mitarbeiter nur unzureichend und deshalb wird das offene Gespräch vermieden.

Tatsächlich kostet ein konstruktives Feedback und engagiertes Gespräch mit den Mitarbeitern viel Zeit und Kraft. Der Nutzen aus diesen Gesprächen ist aber erheblich. Die durch enge Märkte und hohen Wettbewerbsdruck notwendigen hohen Erwartungen an die Mitarbeiter können in diesem Gespräch erläutert und transportiert werden. Damit dient eine umfassende Kommunikation mit den Mitarbeitern – lobend und auch kritisch – der professionellen Umsetzung der erwarteten Arbeitsziele. Die Arbeitskräfte werden hierdurch zu echten "Mit-Arbeitern" und somit zu Multiplikatoren des unternehmerischen Erfolgs.

(Quellen: www.gallup.de, Financial Times Deutschland www.ftd.de, BERKEMEYER Unternehmensbegeisterung www.unternehmensbegeisterung.com)

Überreicht durch:

BERKEMEYER Unternehmensbegeisterung, Castrop-Rauxel, www.unternehmensbegeisterung.com



Baden-Württemberg
Vermögen und Bau
Amt Stuttgart

Informationsblatt für neue Mitarbeiter

Herzlich Willkommen im Amt Stuttgart,

aller Anfang ist bekanntlich schwer...,

... deshalb möchten wir Ihnen mit diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über die Abläufe und Regelungen in unserem Amt verschaffen, um Ihnen den Einstieg nach Möglichkeit zu erleichtern.

Gleichzeitig weisen wir Sie darauf hin, dass diese Übersicht keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Ausführlichere und aktuelle Informationen stehen Ihnen jederzeit in der Geschäftsordnung (GO) zur Verfügung. Diese finden Sie auf Ihrem PC unter den „Gemeinsamen Daten“.

Inhaltsverzeichnis

1	Übersicht des Amtes in Wort und Bild	5
2	Weitere Informationen in alphabetischer Reihenfolge	15
2.1	Abwesenheitsliste	15
2.2	„AL“ = Abteilungsleitersitzung	15
2.3	Arbeitszeit und Pausen	15
2.3.1	Regelmäßige Arbeitszeit	15
2.3.2	Funktionszeit und Rahmenarbeitszeit	15
2.3.3	Pausen	15
2.4	Arbeitszeitausgleich (AZA)	16
2.4.1	Umfang	16
2.4.2	Antrag	16
2.4.3	Abbau von Überstunden	16
2.5	Arbeitszeiterfassung	16
2.6	Bibliothek	16
2.7	Brand	17
2.8	Büromaterial	17
2.9	CATS	17
2.10	Dienstanweisung (DAW)	17
2.11	Dienstausweis	17
2.12	Dienstfahrzeug	18
2.13	Dienstgang	18
2.14	Dienstreise	18
2.15	EDV	18

2.16	Entsorgung von Schriftgut.....	18
2.17	Erkrankung	19
2.18	Fortbildungen	19
2.19	Freud und Leid Kasse.....	19
2.20	Geschäftsordnung (GO)	20
2.21	Geschäftsverteilungsplan (GVPL)	20
2.22	Getränke.....	20
2.23	Internetnutzung	20
2.24	Kantine	21
2.25	Kopierer	21
2.26	Parken	21
2.27	Personalrat	21
2.28	Postumlaufmappen.....	22
2.29	Registratur/ Aktenzeichen	22
2.30	Reisekosten	22
2.31	Reservierungen	22
2.32	SAP HMS, SAP RE-EX	23
2.33	Scanner	23
2.34	Schwarzes Brett	23
2.35	Sonderregelungen	23
2.36	Telefongespräche	23
2.37	Urlaub.....	24
2.38	Verhalten bei Unfällen	24
2.39	Visitenkarten.....	24

1 Übersicht des Amtes in Wort und Bild



Vermögen und Bau Baden-Württemberg

Amt Stuttgart

Verwaltung

Immobilienmanagement

Gebäudemanagement

Technik

Hochbau 5

Hochbau 6

Hochbau 7

Organigramm

Das Amt in Zahlen

Personalstruktur

Amtsleitung Leiterin des Amtes: LBD'in Lange-Tiedje Ständiger Vertreter: ORR Dr. Alber						
Abteilung 1 Verwaltung	Abteilung 2 Immobilienm.	Abteilung 3 Gebäudem.	Abteilung 4 Ingenieurtechnik	Abteilung 5 Hochbau	Abteilung 6 Hochbau	Abteilung 7 Hochbau
OBR Lux 20,25 MAK	ORR Dr. Alber 13 MAK	ORR Dürr 18,00MAK	BD Stäble 25,75 MAK	OBR Klein 16,50 MAK	BD Schindler 12,25 MAK	OBR'in Bosch 17,40 MAK
Allg. Verwaltung AR Dirscherl	Immobilienm. ORR Dr. Alber	Kaufm. Gebäudem. N.N.	HLS AN Dr. Sauter			
9,75 MAK	9,0 MAK	8,5 MAK	8,75 MAK			
Haushalt OBR Lux	Allg. Rechtsang. RR Dr. Walker	Techn. Gebäudem. AN Grün	ELT AN Haile			
4,50 MAK	3,0 MAK	3,00 MAK	8,00 MAK			
Vergabe/Verträge AR Leipe		KGV ORR Dürr	Bauingenieurw. AN Wahnsiedler			
4,0 MAK		2,75 MAK	2,00 MAK			
Controller OAR Eichel			Fernmeldedienst AN Hesemann			



Vermögen und Bau Baden-Württemberg

Amt Stuttgart

Verwaltung

Immobilienmanagement

Gebäudemanagement

Technik

Hochbau 5

Hochbau 6

Hochbau 7

Organigramm

Das Amt in Zahlen

Personalstruktur

Betreute Gebäude 1090

Landeseigen 871

Anlagevolumen rd. 2 Mrd. €
Nettogrundfläche rd. 1.870.000 m²

Anmietungen 211

Mietkosten 47 Mio. €
Nettogrundfläche rd. 310.000 m²

Landesstiftung 8

Anlagevolumen 207 Mio. €
Erträge 12,1 Mio. €
Gebäude 8
Nettogrundfläche 73.840 m²

Umsatz:

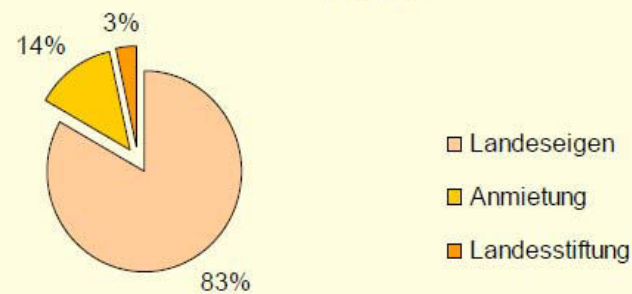
Baumanagement (Ausgaben) 45,6 Mio. €

Immobilienmanagement 64,4 Mio. €

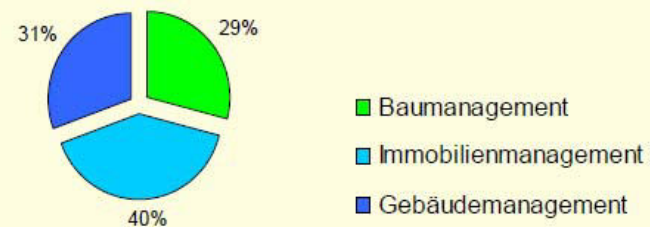
Gebäudemanagement 48,3 Mio. €

Gesamtumsatz 158,3 Mio. €

Flächen



Umsatz





Vermögen und Bau Baden-Württemberg

Amt Stuttgart

Verwaltung

Immobilienmanagement

Gebäudemanagement

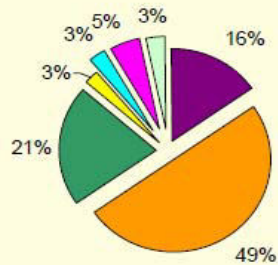
Technik

Hochbau 5

Hochbau 6

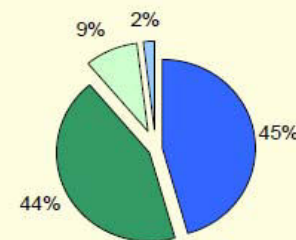
Hochbau 7

Dienste



■ höherer D.
 ■ gehobener D.
 ■ mittlerer D.
 ■ einfacher D.
 ■ Anw. Höh. D.
 ■ Anw. Geh. D.
 ■ Anw./Azub. Mittl. D.

Arbeitnehmer / Beamte



■ Arbeitnehmer
 ■ Beamte
 ■ Beamte Anwärter
 ■ AN Azubis

Organigramm

Das Amt in Zahlen

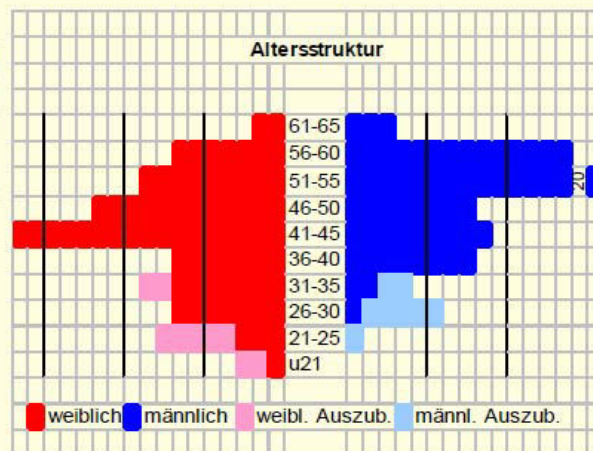
Personalstruktur

Personal:
 Bedienstete 137
 MAK 125,15

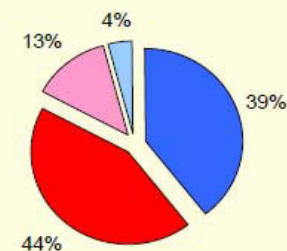
Anwärter/Azubis 17

Durchschnittsalter 46,0 J
 weibl./männl. 42,8 / 49,2

Altersstruktur



Geschlecht



■ männlich
 ■ weiblich
 ■ Azub./Anw. weibl.
 ■ Azub./Anw. männl.



Vermögen und Bau Baden-Württemberg

Amt Stuttgart

Verwaltung

Immobilienmanagement

Gebäudemanagement

Technik

Hochbau 5

Hochbau 6

Hochbau 7

Allgemeine Verwaltung

Haushalt

Vergabe



Personalverwaltung für 137 Bedienstete / 124,15 MAK

388 Vergaben pro Jahr im Bereich VOB, VOL, VOF



Registrierung von 12.000 ein- und ausgehenden Dokumenten pro Jahr



10.000 Buchungsvorgänge im Bauhaushalt
16.000 Buchungsvorgänge im Bereich Landesstiftung



Vermögen und Bau Baden-Württemberg

Amt Stuttgart

Verwaltung	Immobilienmanagement	Gebäudemanagement	Technik	Hochbau 5	Hochbau 6	Hochbau 7
<p>Behördenunterbringung: Unterbringung von 855 Landesdienststellen, 2 Universitäten sowie weiteren Hochschulen, Anmietungen von rd. 310.000 m² NGF für rd. 47 Mio. € Jahresmiete</p>	<p>Behördenunterbringung</p> <p>Grundstücksverwaltung</p> <p>Grundstücksverkehr</p> <p>Investorenmodelle</p> <p>Rechtsberatung</p>	<p>Grundstücksverkäufe 2009: 4 abgeschlossene Kaufverträge, Erlös rund 1,5 Mio. €. Seit 2005: 33,55 Mio. €</p>	<p>Verwaltung von rd. 500 landeseigenen Grundstücken in Stuttgart und außerhalb von Baden-Württemberg (Brüssel, Berlin)</p>	<p>Bearbeitung von Rechtsangelegenheiten des Amtes, Abwicklung von Fiskalerbschaften, Betriebe gewerblicher Art</p>	<p>Landesstiftung Baden-Württemberg: Kaufmännische Verwaltung von 9 Grundstücken, (8 bebaut) erlöste Mieterträge 2009: rd. 12,1 Mio. €</p>	<p>Umsetzung der Polizeirevierreform</p>
<p>Neuunterbringung von Ministerien Neubau Willy-Brandt-Straße Stuttgart 21</p>	<p>Anmietung Löwentorstrasse 66-70, Probebühnen Staatstheater; Depots f. Landesmuseen</p>		<p>Anmietung Schockenriedstraße 7 Regierungspräsidium Stuttgart</p>		<p>Anmietung Heilbronnerstraße 172, Landesinstitut für Schulentwicklung</p>	







Vermögen und Bau Baden-Württemberg Amt Stuttgart

Verwaltung	Immobilienmanagement	Gebäudemanagement	Technik	Hochbau 5	Hochbau 6	Hochbau 7
------------	----------------------	-------------------	---------	-----------	-----------	-----------

Kaufmännisches Gebäudemanagement:
228 Reinigungs-, 900 Wartungs- und 30 Bewachungsverträge bei 600 Gebäuden (rd. 20.000 Einzelbuchungen)

kaufm.
Gebäudemanagement

techn.
Gebäudemanagement

Wohnungsverwaltung

Schlösser und Gärten

Technisches Gebäudemanagement:
Energiesparcontracting bei 22 Objekten
Benchmarking bezügl. der Verbrauchskosten bei

- Gerichtsgebäuden
- Finanzämtern
- Polizeidirektionen

Wohnungsverwaltung:
Vermietung von über 400 Wohnungen / Wohnhäusern
Vergabe von Belegungsrechten bei rd. 300 Wohnungen

Schlösser und Gärten Grünpflege:
Beschaffung und Pflege der Grünanlagen außen und innen.

Schlösser und Gärten Eventmanagement:
Schlossplatz, Neues Schloss, Weißer Saal, Schloss Solitude



Gastronomie: Verpachtung von 28 Objekten





Vermögen und Bau Baden-Württemberg

Amt Stuttgart

Verwaltung

Immobilienmanagement

Gebäudemanagement

Technik

Hochbau 5

Hochbau 6

Hochbau 7

Modernisierung Rechenzentren:
Informatikzentrum des Landes Baden-
Württemberg, 2008-2011, 0,9 Mio. € +
6,9 Mio. € Drittmittel



Heizung

Lüftung

Sanitär

Elektro

Aufzüge

Küchen

Bühnentechnik

Schlossgartenanlagen, Erneuerung der
Wasserversorgung, 2008-2012, ca. 1,5 Mio. €



Landeskriminalamt Baden-Württemberg,
Umsetzung innovativer Energiekonzepte 2009/10,
Blockheizkraftwerk, 1,4 Mio € Impulsprogramm



Vermögen und Bau Baden-Württemberg

Amt Stuttgart

Verwaltung

Immobilienmanagement

Gebäudemanagement

Technik

Hochbau 5

Hochbau 6

Hochbau 7



Württembergische Staatstheater Stuttgart
Sanierung ca. 55 Mio. €



Landtag



Areal Wasserwerk, Studie John Cranko Schule, ca. 25 Mio. €

Oberlandesgericht Umbau und Sanierung Vorführabteilung und Pforten



Finanzämter / Rotebühnbau



Projektentwicklung

Bauherrenmanagement

Planung

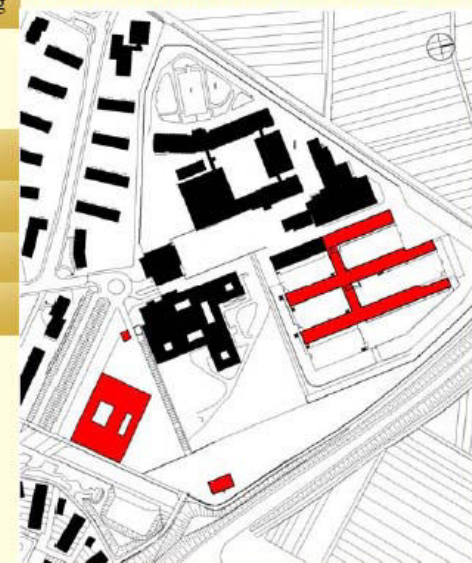
Bauleitung

Gebäudeinstandsetzung



Neubau Torwachgebäude ca. 5,8 Mio. €

Neubau Oberlandesgericht ca. 25 Mio. €
JVA Stammheim, Haftplatzerweiterung 43,7 Mio. €



Landtag

Justiz

Finanzämter

Staatstheater



Vermögen und Bau Baden-Württemberg

Amt Stuttgart

Verwaltung

Immobilienmanagement

Gebäudemanagement

Technik

Hochbau 5

Hochbau 6

Hochbau 7

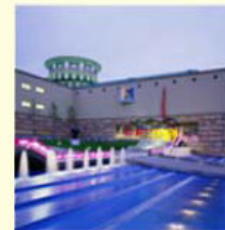
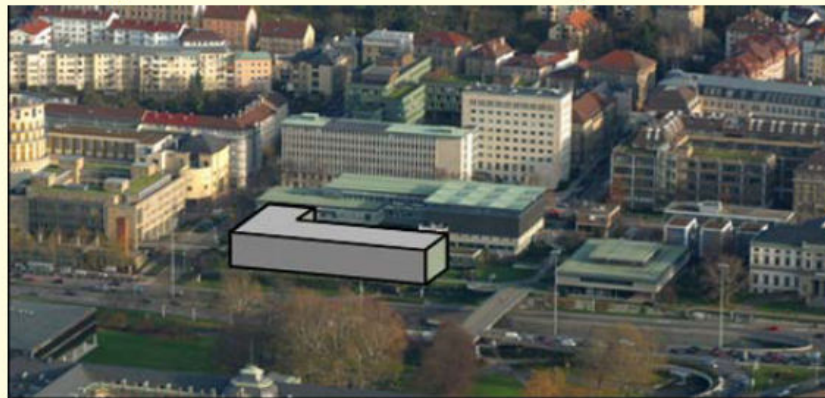


Alte Staatsgalerie - Fassadensanierung und Hofgestaltung



Innenhofgestaltung

Württembergische Landesbibliothek—Wettbewerb für Erweiterung 2010



Haus der Geschichte



Neue Staatsgalerie



Neues Schloss

Projektentwicklung

Bauherrenmanagement

Planung

Bauleitung

Gebäudeeinstandsetzung

Hochschulen

Landesvertretungen

Museen

Landesbibliothek

Regierungspräsidium

Neues Schloss,
Villa Reitzenstein

Schlossgartenanlagen



Landesvertretung in
Berlin



Schlossgartenanlagen



Villa Reitzenstein



Vermögen und Bau Baden-Württemberg Amt Stuttgart

Verwaltung

Immobilienmanagement

Gebäudemanagement

Technik

Hochbau 5

Hochbau 6

Hochbau 7



Neubau Ministerien an der Willy-Brandt-Straße, 2009-10, 73,5 Mio. € + 9 Mio. € Nutzermittel

Sanierung Kunstgebäude historischer Teil, 2007-12, 1.BA 5,45 Mio. €, 2.BA 6,9 Mio. €



Polizeirevier Gutenbergstr. 2,95 Mio. €



Wilhelma, Anlage für afrikanische Menschenaffen, 2009-2011, 14,5 Mio. € + 2,5 Mio. € Nutzermittel



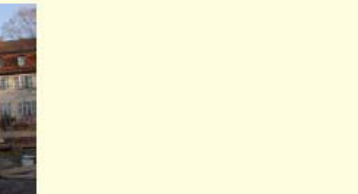
Abbruch und Neubau Solitude Haus 7+11, 1,1 Mio. €



Aufstockung Polizeirevier Kärterstraße 2010-2011, Kosten 2.4 Mio. €



HdW. Instandsetzung und Modernisierung des Veranstaltungs- und öffentlichen Bereiches, 3,6 Mio. €



Landesmuseum Württemberg im Alten Schloss, Kindermuseum 2,0 Mio € + Ausstellung 2.OG, 4,0 Mio. €



Projektentwicklung

Bauherrenmanagement

Planung

Bauleitung

Gebäudeinstandsetzung

Hochschulen

Ministerien

Museen

Polizei

Wilhelma

2 Weitere Informationen in alphabetischer Reihenfolge

2.1 Abwesenheitsliste

In den Abteilungen des Amtes Stuttgart gibt es eine sog. Abwesenheitsliste. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrem Abteilungsleiter/Ihrer Abteilungsleiterin.

2.2 „AL“ = Abteilungsleitersitzung

Diese finden i.d.R. alle 14 Tage statt. Die Protokolle der Sitzungen sind unter den „Gemeinsamen Daten“, im Ordner „AMT“ eingestellt.

2.3 Arbeitszeit und Pausen

2.3.1 Regelmäßige Arbeitszeit

Die regelmäßige Arbeitszeit der Arbeitnehmer beträgt wöchentlich 39,5 Stunden und bei Beamten 41 Stunden pro Woche.

2.3.2 Funktionszeit und Rahmenarbeitszeit

Mit der Arbeitszeit- und Urlaubsverordnung (AzUVO) vom 29. November 2005 ist der Begriff Funktionszeit neu eingeführt worden. Funktionszeit bedeutet, dass bei Anwendung der gleitenden Arbeitszeit von der Dienststelle sicherzustellen ist, dass der Dienstbetrieb montags bis donnerstags von 9.00 Uhr bis 15.30 Uhr und freitags von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr ohne wesentliche Einschränkungen gewährleistet ist. Ein Eingriff in die Funktionszeit ist nur möglich, wenn der jeweilige Abteilungsleiter diesen vorab genehmigt hat. Der Eingriff ist über den Vordruck „Eingriff-Funktionszeit“ zu beantragen.

Es gilt eine tägliche Rahmenarbeitszeit von 6.00 Uhr bis 19.30 Uhr. Innerhalb dieses Zeitrahmens dürfen maximal 10 Stunden täglich gearbeitet werden.

2.3.3 Pausen

Spätestens nach einer Arbeitszeit von 6 Stunden ist eine Pause von mindestens 30 Minuten einzulegen. Sofern Sie das Haus für kurze Besorgungen verlassen bzw. Ihre Pause außerhalb des Hauses verbringen, ist auszustempeln; sobald Sie das Haus wieder betreten entsprechend einzustempeln.

2.4 Arbeitszeitausgleich (AZA)

2.4.1 Umfang

Arbeitszeitausgleich ist im Kalendermonat an höchstens fünf Arbeitstagen, die auch zusammengefasst werden können, möglich. In einem Kalenderjahr sind maximal 24 Tage zulässig.

2.4.2 Antrag

Ganztags-AZA wird über das Formular „Berichtigung bzw. Ausgleich des Arbeitszeitkontos“ beantragt. Der Antrag auf Ganztags-AZA ist über einen eventuellen Stellvertreter und über den Abteilungsleiter an Frau Thut und schließlich an das Personalbüro weiterzuleiten.

2.4.3 Abbau von Überstunden

Der Abbau von Überstunden ist bis zum Ablauf des 31.03. des auf die Entstehung folgenden Kalenderjahres möglich. Bis zu diesem Zeitpunkt nicht abgebaute Überstunden, die den jeweiligen Umfang der regelmäßigen Wochenarbeitszeit überschreiten, werden gekappt.

2.5 Arbeitszeiterfassung

Die Zeiterfassung erfolgt EDV-gestützt. Die Bedienung erfolgt mittels Chip-Karte oder Button durch jeden Mitarbeiter persönlich. Im Bereich der Eingänge des Hauses befinden sich Zeiterfassungsgeräte. Diese sind grundsätzlich bei jedem Betreten und Verlassen des Gebäudes zu betätigen. Dienstgänge müssen nicht über die Zeiterfassungsgeräte gebucht werden.

Zeiten, die nicht per EDV erfasst werden, müssen per Berichtigungsblatt für das Arbeitszeitkonto (Gemeinsame Daten, Vordrucke, „AZA-Formular“) nachgetragen werden. Dieses ist vom Abteilungsleiter unterzeichnen zu lassen und anschließend per Hauspost an das Personalbüro zu senden.

Bei Problemen mit Ihrem Arbeitszeitkonto oder mit ihrer Zeiterfassungskarte können Sie sich ebenfalls an das Personalbüro wenden.

2.6 Bibliothek

s. Geschäftsordnung Nr. 2.6.3.3.

2.7 Brand

Die Brandalarmierung erfolgt über Trillerpfeifen. Anweisungen über das korrekte Verhalten im Brandfall hängen sowohl in den Fluren der einzelnen Abteilungen, wie auch in den Büros der Beschäftigten aus.

2.8 Büromaterial

Büromaterial erhalten Sie im 1.OG in Zimmer 106 bei Frau Bakin.

2.9 CATS

Ihre tägliche Arbeitszeit, buchen Sie im SAP-Modul CATS, den jeweiligen Produkten zugeordnet. Nähere Hinweise finden Sie auf Ihrem PC unter den „Gemeinsamen Daten“ und dort im Ordner „SAP-CATS“. Bei Fragen zum Thema CATS können Ihnen Herr Eichel oder Herr Schippers weiterhelfen. Die Buchungen in CATS sind für alle Bediensteten Pflicht.

2.10 Dienstanweisung (DAW)

Die Dienstanweisung enthält Regelungen zur Organisation, zur Betriebs- und Wirtschaftsführung, zum Immobilien-, Gebäude- und Baumanagement sowie zu den Staatlichen Schlössern und Gärten. Sie ist in den Gemeinsamen Daten (Laufwerk T) im Ordner „DAW“ zu finden.

2.11 Dienstausweis

Einen Dienstausweis erhalten Sie bei Bedarf in der Personalabteilung bei Frau Eckstein-Unger in Zimmer 416 oder bei Frau Heinzelmann in Zimmer 417.

2.12 Dienstfahrzeug

s. auch Geschäftsordnung Nr. 2.6.3.6. und Interne Dienstanweisung (IDA), 2. Nachtrag zur Geschäftsordnung

Das Dienst-KFZ ist ausschließlich für den dienstlichen Gebrauch bestimmt. Vor der ersten Benutzung des Dienstfahrzeugs ist im Personalbüro ein Formblatt zur Zustimmung zur Führung von Dienstkraftfahrzeugen auszufüllen. Hierzu ist auch die Vorlage Ihres Führerscheins erforderlich. Weitere Informationen zum Dienstkraftfahrzeug erhalten Sie in der Geschäftsordnung.

2.13 Dienstgang

s. Geschäftsordnung Nr. 2.6.6.5.

2.14 Dienstreise

s. Geschäftsordnung Nr. 2.6.6.5.

2.15 EDV

Nähere Informationen hierzu finden Sie in der Geschäftsordnung (Nr. 2.6.3.7). Bei Fragen oder Problemen wenden Sie sich bitte an Herrn Da Silva oder Herrn Schippers.

2.16 Entsorgung von Schriftgut

Schriftgut mit schutzbedürftigem Inhalt (z. B. Informationen zu sicherheitstechnischen Anlagen oder Bauteilen von Gebäuden) sind in der silbernen Tonne im Postverteilteraum Ihrer Abteilung zu entsorgen.

2.17 Erkrankung

Bei einer Erkrankung ist das Vorzimmer des Amtes (Frau Thut 0711/6673-4400) unverzüglich und bis spätestens 9.00 Uhr am 1. Krankheitstag zu unterrichten. Bei Wiederaufnahme der Arbeit ist eine entsprechende Rückmeldung erforderlich.

Ärztliche Krankmeldungen müssen bei Arbeitnehmern nach Abwesenheit von 3 Kalendertagen und bei Beamten nach Abwesenheit von 5 Kalendertagen, am darauffolgenden Arbeitstag vorgelegt werden.

Arztbesuche sind außerhalb der Arbeitszeit durchzuführen. Sie sollen nach Möglichkeit außerhalb der Funktionszeit stattfinden.

2.18 Fortbildungen

Das Jahresfortbildungsprogramm ist im Intranet, unter dem Button „Personal“ und dort unter dem Button „Fortbildungen“ zu finden. Bei Interesse an Fortbildungen können Sie sich an Frau Heinzelmann wenden.

2.19 Freud und Leid Kasse

Die Freud- und Leidkasse ist eine Institution, die vom Personalrat verwaltet wird. Sie dient der finanziellen Unterstützung von Beschäftigten, damit freudige Momente bereichert und Leiden gemindert werden können.

Sie finanziert sich durch freiwillige Beträge der Beschäftigten und wird einmal am Jahresanfang eingesammelt. Die Höhe des Betrages bestimmt sich nach Gehalts-/ Besoldungsgruppe. Die genaue Höhe der einzelnen Beiträge kann im Intranet nachgelesen werden.

Kolleginnen und Kollegen, die erst nach Jahresanfang dem VBV angehören, können bei Interesse, den freiwilligen Betrag auch später einzahlen. Hierfür bitte beim Personalrat melden.

als freudige Ereignisse gelten:

- Eheschließung / Hochzeit
- Geburt eines Kindes
- Ausscheiden aus dem Amt in den Ruhestand
- runder Geburtstag

zu leidvollen Ereignisse zählen:

- Krankheit ab 4 Wochen Krankheitsdauer
- Tod eines Amtsangehörigen (nur Beschäftigte des Amtes)

Einen Anspruch auf die finanzielle Unterstützung haben nur die Beschäftigten, welche in die Freud- und Leidkasse eingezahlt haben. Sie werden gebeten, die Anlässe dem Personalrat zeitnah mitzuteilen, damit er handeln kann.

2.20 Geschäftsordnung (GO)

Die Geschäftsordnung (GO) ist auf Ihrem PC unter „Gemeinsamen Daten“ (Laufwerk T) im Ordner „Amt“ und dort im Unterordner „neue GO“ zu finden.

Die GO enthält allgemeine Handlungsanweisungen für den Dienstbetrieb und ist ein verbindlicher Leitfaden.

2.21 Geschäftsverteilungsplan (GVPL)

Den aktuellen Geschäftsverteilungsplan finden Sie im Intranet unter dem Button „Organisation“ und dort unter dem Button „Geschäftsverteilungspläne“ und „Vermögen und Bau BW“.

Aktualisiert wird der Geschäftsverteilungsplan 2-mal jährlich von Frau Eckstein-Unger.

2.22 Getränke

Im 1. OG vor dem großen Sitzungssaal (Raumnr.102) steht ein Getränkeautomat.

2.23 Internetnutzung

Das Internet mit seinen Diensten E-Mail und WWW ist für sämtliche Beschäftigte ausschließlich für die dienstliche Nutzung im Rahmen der Aufgabenerledigung bestimmt. Dies gilt auch innerhalb der Pausenzeit.

Näheres hierzu erfahren Sie in der Geschäftsordnung unter Nr. 2.7.5.4 und Interne Dienstanweisung (IDA), 1.Nachtrag zur Geschäftsordnung

2.24 Kantine

Die Kantine befindet sich im Jobstweg 11 direkt hinter dem Gebäude der Betriebsleitung (Rotebühlplatz 30). Chip-Karten für die Kantine erhalten Sie im Amt Stuttgart bei Herrn Pils (Zimmer 114) gegen ein Pfand in Höhe von 5,11 €.

Die Speisepläne der Kantine finden Sie bei den „Gemeinsamen Daten“ im Laufwerk „T“ und dort im Ordner „Speiseplan“ oder unter folgendem Link: <http://10.23.25.10/kantine/index.html>.

2.25 Kopierer

Kopierer finden Sie in den jeweiligen Postverteilteräumen der Abteilungen.

2.26 Parken

s. auch Geschäftsordnung Nr. 2.6.3.11.

Das Amt Stuttgart verfügt über Dauerparkplätze in der Tiefgarage in begrenzter Anzahl. Diese können über das Personalbüro gegen ein monatliches Entgelt in Höhe von 32,00 € angemietet werden.

Außerdem stehen dem Amt im Hof sechs ausgewiesene Besucherparkplätze zur Verfügung. Weitere Informationen zur dienstlichen oder privaten Nutzung dieser Besucherparkplätze finden Sie in der Geschäftsordnung.

2.27 Personalrat

Der örtliche Personalrat ist ein von allen Bediensteten des VBV Stuttgart gewähltes Gremium. Er ist das Bindeglied und der Vermittler zwischen den Beschäftigten des Amtes und der Amtsleitung sowie den vorgesetzten Behörden und Personalvertretungen.

Der Personalrat besteht derzeit aus 4 Beamten und 3 Arbeitnehmervertretern; er wird alle 4 Jahre neu gewählt. Der Personalrat setzt sich aus dem Vorsitzenden, stellvertretenden Vorsitzenden, Kassier, Schriftführer und den restlichen ordentlichen Mitgliedern zusammen.

Die Sitzungen des Personalrats finden regelmäßig dienstags von 08:00 – 09:30 Uhr im Raum 103 (im Anschluss an die Montags-AL) statt.

Sprechzeiten sind in dieser Zeit oder nach persönlicher Vereinbarung während der Regelarbeitszeit bei einem der Personalratsmitglieder vor Ort im Amt VBV Stuttgart.

Der Personalrat ist nicht nur Ansprechpartner für alle Kolleginnen und Kollegen bei persönlichen Anliegen und Fragen sondern auch Anlaufstelle für Anregungen und / oder Beschwerden. Daher scheuen Sie sich nicht, Kontakt zu ihm aufzunehmen!
Aktuelle Hinweise und Informationen können im Intranet nachgelesen werden.

2.28 Postumlaufmappen

Postumlaufmappen erhalten Sie im 1.OG in der Poststelle in Zimmer 106 bei Frau Bakin.

2.29 Registratur/ Aktenzeichen

Die Registratur befindet sich im 1.OG in Zimmer 114. Bereits vorhandene Aktenzeichen finden Sie in den Gemeinsamen Daten (Laufwerk T) im Ordner „Aktenpläne“ und dort im Unterordner „Neuer Objektaktenplan“. Für die Vergabe eines neuen Aktenzeichens ist Herr Pils in der Registratur zuständig.

2.30 Reisekosten

s. Geschäftsordnung Nr. 2.6.5.7

2.31 Reservierungen

Reservierungen von z.B. Besprechungsräumen, Kameras, Beamern oder dem Dienstfahrzeug können Sie im Intranet unter dem Button „Meine Dienststelle“ und „Reservierungen“ vornehmen.

2.32 SAP HMS, SAP RE-EX

Für die Einrichtung dieser Programme ist Herr Eichel zuständig. Ansprechpartner für diesbezügliche Schulungen ist Herr Dettling (Tel.:0711/6673-3722) in der Betriebsleitung.

2.33 Scanner

Scanner stehen im 1. OG in der Poststelle und im 3.OG.

2.34 Schwarzes Brett

Am schwarzen Brett, im 4.OG links und im 1.OG rechts, finden Sie wichtige Informationen für alle Mitarbeiter.

2.35 Sonderregelungen

Sonderregelungen in Ihrer Abteilung, wie z.B. bezüglich der Abwesenheitsliste, erfragen Sie bitte bei Ihrem Abteilungsleiter.

2.36 Telefongespräche

- Orts- und Ferngespräche dienstlich: „0“ vorwählen
- Orts- und Ferngespräche privat „99“ vorwählen

Für private Gespräche steht jedem Mitarbeiter monatlich ein Kontingent in Höhe von 1,49 Euro zu. Gebühren für privat geführte Telefongespräche, die diesen Betrag überschreiten, werden monatlich erhoben.

2.37 Urlaub

Eine Urlaubskarte erhalten Sie bei Frau Heinzelmann. Für einen Antrag auf Urlaub schicken Sie ihre entsprechend ausgefüllte Urlaubskarte per Postumlauf zunächst an Ihren Stellvertreter, an Ihren Abteilungsleiter, an Frau Heinzelmann und anschließend an Frau Thut.

2.38 Verhalten bei Unfällen

s. Hinweistafeln auf den Geschossen und Geschäftsordnung Nr. 2.6.1.4.

2.39 Visitenkarten

Sofern Sie Visitenkarten benötigen, erhalten Sie diese bei Herrn Wiezorek.

Wir wünschen Ihnen einen guten Start & viel Erfolg und Freude bei Ihrer neuen Tätigkeit in unserem Amt.

KRANKENSTAND

Zahl der Burn-out-Erkrankungen steigt

Ausgebrannt, erschöpft, arbeitsunfähig: Seit 1999 sind die Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen um 80 Prozent gestiegen. Besonders Frauen sind betroffen.

Immer mehr Arbeitnehmer in Deutschland leiden an psychischen Erkrankungen und können deshalb nicht arbeiten: 2010 war fast jeder zehnte Fehltag darauf zurückzuführen, ein Anstieg von rund 80 Prozent gegenüber 1999.

Das ergab eine Analyse der Krankmeldungen von mehr als zehn Millionen berufstätigen AOK-Versicherten, die das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) am Dienstag in Berlin vorstellte. Insgesamt ist der Krankenstand jedoch nicht gestiegen. Er lag wie im Vorjahr bei 4,8 Prozent.

Auffällig ist die heftige Zunahme der Fehltage aufgrund von Burn-out, Stress und totaler Erschöpfung. Diese Erkrankungen werden meist gesondert diagnostiziert. Allein mit Burn-out waren vergangenes Jahr – hochgerechnet auf sämtliche gesetzlich versicherte Beschäftigte in Deutschland – knapp 100.000 Arbeitnehmer krank geschrieben. Seit 2004 seien die Burn-out-Fehltage damit um fast das Neunfache auf insgesamt 1,8 Millionen angestiegen, so das Institut.

Besonders häufig seien Frauen mittleren Alters betroffen. Sie werden doppelt so oft wie ihre männlichen Kollegen krankgeschrieben (102 zu 50 Fehltagen). Insgesamt ist die Zahl der Fehltage bei Mitgliedern aus helfenden und erzieherischen Berufen hoch, vor allem in Berufsgruppen wie Heimleitern, Sozialpädagogen oder Beschäftigten in der Krankenpflege. Diese Berufe erfordern ein besonders hohes emotionales Engagement, gleichzeitig haben sich in diesen Bereichen die Arbeitsbedingungen verschärft und der Zeitdruck erhöht.

Allerdings ist der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen auch damit zu erklären, dass Ärzte diese Diagnosen mittlerweile öfter stellen. Insbesondere die Diagnose Burn-out stigmatisiere weniger als manche andere psychische Erkrankung, folgern die Experten des WIdO.

"Vor dem Hintergrund dieser neuen Ergebnisse ist es wichtig, nicht nur die Belastungen im beruflichen Umfeld zu reduzieren, sondern auch die Ressourcen und den Umgang mit Stress bei jedem Einzelnen zu stärken", sagte Helmut Schröder, Vize-Geschäftsführer des Instituts.

Die Krankenkassen unterstützten Unternehmen dabei, die gesundheitliche Situation der Arbeitnehmer zu verbessern. Am häufigsten nehmen die Arbeitnehmer demnach Angebote zum Erkennen und Vermeiden körperlicher Belastungen wahr. Auf dem zweiten Rang folge das Thema Stressmanagement.

DATUM 19.04.2011 - 15:31 Uhr

QUELLE dpa



Handreichung

**für die Erarbeitung von
Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz
für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule
und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes
für anerkannte Ausbildungsberufe**

Herausgeber:

Sekretariat der Kultusministerkonferenz
Referat Berufliche Bildung, Weiterbildung und Sport
Taubenstraße 10
10117 Berlin
Tel. 030/25418-499
Berufsbildung@kmk.org
<http://www.kmk.org>

Berlin, 23. September 2011

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
1 Vorbemerkung	4
2 Wie entstehen Ordnungsmittel für duale Ausbildungsberufe?	
2.1 Hintergrund	5
2.2 Vorbereitungen zur Neuordnung eines Ausbildungsberufes	6
2.3 Erarbeitung und Abstimmung von Ausbildungsordnung und Rahmenlehrplan	6
2.4 Verabschiedung von Ausbildungsordnung und Rahmenlehrplan	7
3 Die Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz	
3.1 Rahmenbedingungen für die Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz	9
3.2 Lernfeld-Konzept der Kultusministerkonferenz	10
3.3 Aufbau der Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz	12
Teil I Vorbemerkungen	13
Teil II Bildungsauftrag der Berufsschule	14
Teil III Didaktische Grundsätze	17
Teil IV Berufsbezogene Vorbemerkungen	18
Teil V Lernfelder	20
Teil VI Lesehinweise	21
4 Handlungsanweisung für die Entwicklung von Rahmenlehrplänen	
4.1 Aufgaben des Rahmenlehrplan-Ausschusses	22
4.2 Strukturierung und Formulierung der Lernfelder	25
5 Glossar	29
Anlage 1	34
Auswirkung der Struktur der Ausbildung auf die Beschulung von dualen Berufsausbildungen	
Anlage 2	35
Gemeinsames Ergebnisprotokoll betreffend das Verfahren bei der Abstimmung von Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen im Bereich der beruflichen Bildung zwischen der Bundesregierung und den Kultusministern (-senatoren) der Länder (30.05.1972)	
Anlage 3	36
Elemente für den Unterricht der Berufsschule im Bereich Wirtschafts- und Sozialkunde gewerblich-technischer Ausbildungsberufe (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.05.2008)	
Anlage 4	39
Anregungen zur Umsetzung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (Beschluss des Unterausschusses für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz vom 23.09.2011)	

1 Vorbemerkung

Die vorliegende Handreichung richtet sich an die Mitglieder in Rahmenlehrplan-Ausschüssen der Kultusministerkonferenz und dient als verbindliche Grundlage für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen. Sie beschreibt den Ablauf von Neuordnungsverfahren in der dualen Berufsausbildung und erläutert die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie den Aufbau der Rahmenlehrpläne und das zugrunde liegende Lernfeld-Konzept der Kultusministerkonferenz.

Die Betreuung der Rahmenlehrplan-Ausschüsse und ihre Führung durch das Verfahren übernimmt das Sekretariat der Kultusministerkonferenz. Bei inhaltlichen Fragen im Verlauf der Arbeit ist neben dem Sekretariat die für die berufliche Bildung zuständige Abteilung des Kultusministeriums des entsendenden Landes der Ansprechpartner.

2 Wie entstehen Ordnungsmittel für duale Ausbildungsberufe?

2.1 Hintergrund

Im dualen System erfolgt die Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen an den betrieblichen bzw. überbetrieblichen Lernorten und der Berufsschule. Gesetzliche Grundlagen sind das Berufsbildungsgesetz bzw. die Handwerksordnung und die Schulgesetze der Länder. Die Ausbildung an den betrieblichen bzw. überbetrieblichen Lernorten regelt der Bund durch eine Ausbildungsordnung. Für die Berufsschule wird von der Kultusministerkonferenz ein Rahmenlehrplan für die berufsschulische Ausbildung verabschiedet. Maßgeblich für die erfolgreiche Kooperation der Lernorte ist die inhaltliche und konsequente Abstimmung dieser beiden Ordnungsmittel.

Dazu haben die Bundesregierung und die Kultusministerien der Länder am 30. Mai 1972 das im sogenannten "Gemeinsamen Ergebnisprotokoll" niedergelegte Verfahren bei der Abstimmung von Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen im Bereich der beruflichen Bildung vereinbart (siehe Anlage 2). Grundlage war die erstmalige, umfassende gesetzliche Regelung der Berufsausbildung durch das Berufsbildungsgesetz von 1969. Seither wurde nach diesem Verfahren (das auch durch die Novelle des Berufsbildungsgesetzes von 2005 nicht grundsätzlich verändert wurde) der überwiegende Teil der anerkannten Ausbildungsberufe neu geordnet. Hierbei werden für die Lernorte Betrieb und Berufsschule abgestimmte Ausbildungsvorgaben in Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen geschaffen, die sich am Berufskonzept ausrichten. Mit diesen Ordnungsmitteln wird den Betrieben und Berufsschulen die Aufgabe übertragen, die auf der Bundesebene vorgenommene Abstimmung vor Ort umzusetzen und weiterzuführen.

Das Verfahren für die Abstimmung von Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen wurde auf der Grundlage des Gemeinsamen Ergebnisprotokolls in dem aus Beauftragten des Bundes und der Länder bestehenden Bund-Länder-Koordinierungsausschuss "Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne" beschlossen und weiterentwickelt (siehe Schaubild, Seite 8). Nach diesem Verfahren werden eine Vorphase, eine Erarbeitungs- und Abstimmungsphase sowie eine Verabschiedungsphase unterschieden.

2.2 Vorbereitungen zur Neuordnung eines Ausbildungsberufes

Anlass für eine Neuordnung ist die erforderliche Anpassung oder Neuentwicklung von Ordnungsmitteln für duale Ausbildungsberufe aufgrund eines veränderten Qualifikationsbedarfs der Wirtschaft. In einem "Antragsgespräch" beim zuständigen Fachministerium des Bundes, in der Regel das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, werden im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie im Konsens mit den Spitzenorganisationen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer die jeweiligen bildungspolitischen Eckwerte für einen Ausbildungsberuf festgelegt. Diese enthalten u. a. Angaben über die Dauer und Struktur der Berufsausbildung, die Art der Abschlussqualifikation hinsichtlich ihrer Breite und Spezialisierung sowie Beschreibungen der Ausbildungsinhalte in Form eines Katalogs über die zu vermittelnden Qualifikationen.

Auf der Grundlage der festgelegten Eckwerte erstellt das zuständige Fachministerium den Projektantrag im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung. Der Projektantrag wird über das Bundesministerium für Bildung und Forschung dem Bund-Länder-Koordinierungsausschuss "Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne" vorgelegt.

In der **Vorphase** übernimmt ein jeweils federführendes Land mit dem Sekretariat der Kultusministerkonferenz im Auftrag des Unterausschusses für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz die Beobachtung der inhaltlichen und strukturellen Ausgestaltung. Dazu nehmen das federführende Land und das Sekretariat der Kultusministerkonferenz an den entsprechenden Sitzungen der Fachministerien des Bundes teil.

2.3 Erarbeitung und Abstimmung von Ausbildungsordnung und Rahmenlehrplan

Die **Erarbeitungsphase** beginnt mit dem Projektbeschluss des Bund-Länder-Koordinierungsausschusses "Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne". Danach ist auf Länderseite ein Rahmenlehrplan-Ausschuss zu bilden, der den Rahmenlehrplan der Kultusministerkonferenz erarbeitet. Auf Bundesseite konstituiert sich ein Sachverständigenausschuss für die Erarbeitung der Ausbildungsordnung in der Regel unter der Leitung des Bundesinstituts für Berufsbildung. Die Erarbeitung der Ordnungsmittel erfolgt in gemeinsamen und getrennten Sitzungen. Bei den getrennten Sitzungen einer Seite ist die andere Seite durch einen Beobachter vertreten. In der Regel wird zumindest eine

abschließende gemeinsame Sitzung zur inhaltlichen und zeitlichen **Abstimmung** von Ausbildungsordnung und Rahmenlehrplan durchgeführt, die die Bundes- oder Landesseite innerhalb einer bestimmten Frist einberuft. Beide Seiten sind verpflichtet, während des gesamten Verfahrens alle inhaltlichen Fragen möglichst im Konsens zu klären und ein abgestimmtes Ergebnis vorzulegen. Ist ein Konsens nicht möglich, hat das federführende Land unverzüglich das Sekretariat der Kultusministerkonferenz zu benachrichtigen, welches das weitere Vorgehen mit den Ländern abstimmt.

2.4 Verabschiedung von Ausbildungsordnung und Rahmenlehrplan

In der **Verabschiedungsphase** werden die Entwürfe der Ausbildungsordnung und des Rahmenlehrplans nach Anhörung des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung dem Bund-Länder-Koordinierungsausschuss "Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne" zur Beschlussfassung vorgelegt.

Nach Beschlussfassung im Bund-Länder-Koordinierungsausschuss und der Prüfung der Rechtsförmlichkeit durch das Bundesministerium der Justiz sowie der Feststellung des Einvernehmens durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung wird die Ausbildungsordnung von dem zuständigen Fachministerium des Bundes erlassen und im Bundesgesetzblatt verkündet.

Der Rahmenlehrplan wird von der Kultusministerkonferenz verabschiedet und auf der Homepage der Kultusministerkonferenz unter <http://www.kmk.org> zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus werden Ausbildungsordnung und Rahmenlehrplan gemeinsam

- im Bundesanzeiger und
 - in der Beschlussammlung der Kultusministerkonferenz – Berufliche Bildung, die als Loseblattsammlung im Luchterhand Verlag Neuwied erscheint, sowie
 - beim Bertelsmann Verlag Bielefeld
- bekannt gemacht.

Verfahren zur Neuordnung von Ausbildungsberufen¹



¹ Es sind nur die nach dem "Gemeinsamen Ergebnisprotokoll ..." von 1972 vorgesehenen Schritte angegeben.

3 Die Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz

3.1 Rahmenbedingungen für die Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz

Rahmenlehrpläne für den **berufsbezogenen** Unterricht in der Berufsschule für anerkannte Ausbildungsberufe werden nach dem unter 2. beschriebenen Verfahrensablauf erarbeitet, abgestimmt und verabschiedet.

Die Länder können den Rahmenlehrplan der Kultusministerkonferenz direkt übernehmen und zum Landeslehrplan erklären. Sofern sie bei der Umsetzung in einen Landeslehrplan Veränderungen vornehmen, stellen sie sicher, dass das Ergebnis der fachlichen und zeitlichen Abstimmung des Rahmenlehrplans der Kultusministerkonferenz mit der jeweiligen Ausbildungsordnung erhalten bleibt.

Rahmenlehrpläne und Ausbildungsordnungen bauen grundsätzlich auf dem Niveau des Hauptschulabschlusses bzw. vergleichbarer Abschlüsse auf.

Lehrpläne für den **berufsübergreifenden** Unterricht der Berufsschule werden von den Ländern in eigener Zuständigkeit erarbeitet. Lediglich für den prüfungsrelevanten Teil des Unterrichts der Berufsschule im Bereich Wirtschafts- und Sozialkunde bei gewerblich-technischen Ausbildungsberufen hat sich die Kultusministerkonferenz mit Beschluss vom 07.05.2008 auf "Elemente für den Unterricht der Berufsschule im Bereich Wirtschafts- und Sozialkunde gewerblich-technischer Ausbildungsberufe" verständigt (siehe Anlage 3).

3.2 Lernfeld-Konzept der Kultusministerkonferenz

Für den Unterricht der Berufsschule gilt die Rahmenvereinbarung über die Berufsschule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.03.1991 in der jeweils geltenden Fassung) in Verbindung mit der Vereinbarung über den Abschluss der Berufsschule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 01.06.1979 in der jeweils geltenden Fassung). Danach gehört es zum Bildungsauftrag der Berufsschule, einerseits berufliche Handlungskompetenz zu vermitteln und andererseits, die allgemeine Bildung zu erweitern. Damit befähigt die Berufsschule die Auszubildenden zur Erfüllung der Aufgaben im Beruf sowie zur Mitgestaltung der Arbeitswelt und der Gesellschaft in sozialer und ökologischer Verantwortung.

Seit 1996 sind die Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule nach Lernfeldern strukturiert. Intention der Einführung des Lernfeldkonzeptes war die von der Wirtschaft angemahnte stärkere Verzahnung von Theorie und Praxis. Die Einführung erfolgte im Einvernehmen mit den für die Berufsausbildung zuständigen Bundesressorts. Die Förderung und der Erwerb einer umfassenden Handlungskompetenz stehen damit im Mittelpunkt des pädagogischen Wirkens.

Gegenüber dem traditionellen fächerorientierten Unterricht stellt das Lernfeldkonzept die Umkehrung einer Perspektive dar: Ausgangspunkt des lernfeldbezogenen Unterrichts ist nicht mehr die fachwissenschaftliche Theorie, zu deren Verständnis bei der Vermittlung möglichst viele praktische Beispiele herangezogen wurden. Vielmehr wird von beruflichen Problemstellungen ausgegangen, die aus dem beruflichen Handlungsfeld entwickelt und didaktisch aufbereitet werden. Das für die berufliche Handlungsfähigkeit erforderliche Wissen wird auf dieser Grundlage generiert.

Die Mehrdimensionalität, die Handlungen kennzeichnet (z. B. ökonomische, rechtliche, mathematische, kommunikative, soziale Aspekte), erfordert eine breitere Betrachtungsweise als die Perspektive einer einzelnen Fachdisziplin. Deshalb sind fachwissenschaftliche Systematiken in eine übergreifende Handlungssystematik integriert. Die zu vermittelnden Fachbezüge, die für die Bewältigung beruflicher Tätigkeiten erforderlich sind, ergeben sich aus den Anforderungen der Aufgabenstellungen. Unmittelbarer Praxisbezug des erworbenen Wissens wird dadurch deutlich und das Wissen in den neuen Kontext eingebunden.

Für erfolgreiches, lebenslanges Lernen sind Handlungs- und Situationsbezug sowie die Betonung eigenverantwortlicher Schüleraktivitäten erforderlich. Die Vermittlung von korrespondierendem Wissen, das systemorientierte vernetzte Denken und Handeln sowie das Lösen komplexer und exemplarischer Aufgabenstellungen werden im Rahmen des Lernfeldkonzeptes mit einem handlungsorientierten Unterricht in besonderem Maße gefördert. Dabei ist es in Abgrenzung und zugleich notwendiger Ergänzung der betrieblichen Ausbildung unverzichtbare Aufgabe der Berufsschule, die jeweiligen Arbeits- und Geschäftsprozesse im Rahmen der Handlungssystematik auch in den Erklärungszusammenhang zugehöriger Fachwissenschaften zu stellen und gesellschaftliche Entwicklungen zu reflektieren.

Die einzelnen Lernfelder sind durch die Handlungskompetenz mit inhaltlichen Konkretisierungen und die Zeitrichtwerte beschrieben. Sie sind aus Handlungsfeldern des jeweiligen Berufes entwickelt und orientieren sich an berufsbezogenen Aufgabenstellungen innerhalb zusammengehöriger Arbeits- und Geschäftsprozesse. Dabei sind die Lernfelder über den Ausbildungsverlauf hinweg didaktisch so strukturiert, dass eine Kompetenzentwicklung spiralcurricular erfolgen kann.

Die am Ende des Lernprozesses erworbene Handlungskompetenz vernetzt Fach-, Selbst- und Sozialkompetenz und wird in den Lernfeldern berufsspezifisch ausformuliert.²

Die unterrichtliche Umsetzung der Lernfelder in handlungsorientierte Lernsituationen ist Aufgabe des Lehrerteams der einzelnen Berufsschule. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Lernsituationen in der Summe die im Lernfeld zu vermittelnden Kompetenzen in ihrer Gesamtheit abdecken müssen.

Der Orientierung der Struktur von Ordnungsmitteln an den Arbeits- und Geschäftsprozessen sollten auch die Prüfungen durch ganzheitliche, handlungsorientierte Aufgabenstellungen folgen.

² Der Begriff „Selbstkompetenz“ ersetzt den bisher verwendeten Begriff „Humankompetenz“. Er berücksichtigt stärker den spezifischen Bildungsauftrag der Berufsschule und greift die Systematisierung des DQR auf.

3.3 Aufbau der Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz

Der Rahmenlehrplan der Kultusministerkonferenz gliedert sich in die Teile

- I Vorbemerkungen
- II Bildungsauftrag der Berufsschule
- III Didaktische Grundsätze
- IV Berufsbezogene Vorbemerkungen
- V Lernfelder
- VI Lesehinweise.

Bei den nachfolgend aufgeführten Teilen I, II und III handelt es sich um die für alle Rahmenlehrpläne von der Kultusministerkonferenz beschlossenen verbindlichen Texte.

Der Teil IV "Berufsbezogene Vorbemerkungen" und der Teil V „Lernfelder“ sowie der Teil VI „Lesehinweise“ sind berufsspezifisch durch den jeweiligen Rahmenlehrplan-Ausschuss der Kultusministerkonferenz formuliert.

Teil I Vorbemerkungen

Dieser Rahmenlehrplan für den berufsbezogenen Unterricht der Berufsschule ist durch die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder beschlossen worden und mit der entsprechenden Ausbildungsordnung des Bundes (erlassen vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie oder dem sonst zuständigen Fachministerium im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung) abgestimmt.

Der Rahmenlehrplan baut grundsätzlich auf dem Niveau des Hauptschulabschlusses bzw. vergleichbarer Abschlüsse auf. Er enthält keine methodischen Festlegungen für den Unterricht. Der Rahmenlehrplan beschreibt berufsbezogene Mindestanforderungen im Hinblick auf die zu erwerbenden Abschlüsse.

Die Ausbildungsordnung des Bundes und der Rahmenlehrplan der Kultusministerkonferenz sowie die Lehrpläne der Länder für den berufsübergreifenden Lernbereich regeln die Ziele und Inhalte der Berufsausbildung. Auf diesen Grundlagen erwerben die Schüler und Schülerinnen den Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf sowie den Abschluss der Berufsschule.

Die Länder übernehmen den Rahmenlehrplan unmittelbar oder setzen ihn in eigene Lehrpläne um. Im zweiten Fall achten sie darauf, dass die Vorgaben des Rahmenlehrplanes zur fachlichen und zeitlichen Abstimmung mit der jeweiligen Ausbildungsordnung erhalten bleiben.

Teil II Bildungsauftrag der Berufsschule

Die Berufsschule und die Ausbildungsbetriebe erfüllen in der dualen Berufsausbildung einen gemeinsamen Bildungsauftrag.

Die Berufsschule ist dabei ein eigenständiger Lernort, der auf der Grundlage der Rahmenvereinbarung über die Berufsschule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.03.1991 in der jeweils gültigen Fassung) agiert. Sie arbeitet als gleichberechtigter Partner mit den anderen an der Berufsausbildung Beteiligten zusammen und hat die Aufgabe, den Schülern und Schülerinnen berufsbezogene und berufsübergreifende Handlungskompetenz zu vermitteln. Damit werden die Schüler und Schülerinnen zur Erfüllung der spezifischen Aufgaben im Beruf sowie zur Mitgestaltung der Arbeitswelt und der Gesellschaft in sozialer, ökonomischer und ökologischer Verantwortung, insbesondere vor dem Hintergrund sich wandelnder Anforderungen, befähigt. Das schließt die Förderung der Kompetenzen der jungen Menschen

- zur persönlichen und strukturellen Reflexion,
- zum lebensbegleitenden Lernen,
- zur beruflichen sowie individuellen Flexibilität und Mobilität im Hinblick auf das Zusammenwachsen Europas

ein.

Der Unterricht der Berufsschule basiert auf den für jeden staatlich anerkannten Ausbildungsberuf bundeseinheitlich erlassenen Ordnungsmitteln. Darüber hinaus gelten die für die Berufsschule erlassenen Regelungen und Schulgesetze der Länder.

Um ihren Bildungsauftrag zu erfüllen, muss die Berufsschule ein differenziertes Bildungsangebot gewährleisten, das

- in didaktischen Planungen für das Schuljahr mit der betrieblichen Ausbildung abgestimmte handlungsorientierte Lernarrangements entwickelt,
- einen inklusiven Unterricht mit entsprechender individueller Förderung vor dem Hintergrund unterschiedlicher Erfahrungen, Fähigkeiten und Begabungen aller Schüler und Schülerinnen ermöglicht,
- für Gesunderhaltung sowie spezifische Unfallgefahren in Beruf, für Privatleben und Gesellschaft sensibilisiert,
- Perspektiven unterschiedlicher Formen von Beschäftigung einschließlich unternehmerischer Selbstständigkeit aufzeigt, um eine selbstverantwortliche Berufs- und Lebensplanung zu unterstützen,

- an den relevanten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Ergebnissen im Hinblick auf Kompetenzentwicklung und Kompetenzfeststellung ausgerichtet ist.

Zentrales Ziel von Berufsschule ist es, die Entwicklung umfassender Handlungskompetenz zu fördern. Handlungskompetenz wird verstanden als die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.

Handlungskompetenz entfaltet sich in den Dimensionen von Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz.

Fachkompetenz

Bereitschaft und Fähigkeit, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitet und selbstständig zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen.

Selbstkompetenz³

Bereitschaft und Fähigkeit, als individuelle Persönlichkeit die Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen in Familie, Beruf und öffentlichem Leben zu klären, zu durchdenken und zu beurteilen, eigene Begabungen zu entfalten sowie Lebenspläne zu fassen und fortzuentwickeln. Sie umfasst Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein. Zu ihr gehören insbesondere auch die Entwicklung durchdachter Wertvorstellungen und die selbstbestimmte Bindung an Werte.

Sozialkompetenz

Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten, Zuwendungen und Spannungen zu erfassen und zu verstehen sowie sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen. Hierzu gehört insbesondere auch die Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität.

³ Der Begriff „Selbstkompetenz“ ersetzt den bisher verwendeten Begriff „Humankompetenz“. Er berücksichtigt stärker den spezifischen Bildungsauftrag der Berufsschule und greift die Systematisierung des DQR auf.

Methodenkompetenz, kommunikative Kompetenz und Lernkompetenz sind immanenter Bestandteil von Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz.

Methodenkompetenz

Bereitschaft und Fähigkeit zu zielgerichtetem, planmäßigem Vorgehen bei der Bearbeitung von Aufgaben und Problemen (zum Beispiel bei der Planung der Arbeitsschritte).

Kommunikative Kompetenz

Bereitschaft und Fähigkeit, kommunikative Situationen zu verstehen und zu gestalten. Hierzu gehört es, eigene Absichten und Bedürfnisse sowie die der Partner wahrzunehmen, zu verstehen und darzustellen.

Lernkompetenz

Bereitschaft und Fähigkeit, Informationen über Sachverhalte und Zusammenhänge selbstständig und gemeinsam mit anderen zu verstehen, auszuwerten und in gedankliche Strukturen einzuordnen. Zur Lernkompetenz gehört insbesondere auch die Fähigkeit und Bereitschaft, im Beruf und über den Berufsbereich hinaus Lerntechniken und Lernstrategien zu entwickeln und diese für lebenslanges Lernen zu nutzen.

Teil III Didaktische Grundsätze

Um dem Bildungsauftrag der Berufsschule zu entsprechen werden die jungen Menschen zu selbstständigem Planen, Durchführen und Beurteilen von Arbeitsaufgaben im Rahmen ihrer Berufstätigkeit befähigt.

Lernen in der Berufsschule zielt auf die Entwicklung einer umfassenden Handlungskompetenz. Mit der didaktisch begründeten praktischen Umsetzung - zumindest aber der gedanklichen Durchdringung - aller Phasen einer beruflichen Handlung in Lernsituationen wird dabei Lernen in und aus der Arbeit vollzogen.

Handlungsorientierter Unterricht im Rahmen der Lernfeldkonzeption orientiert sich prioritär an handlungssystematischen Strukturen und stellt gegenüber vorrangig fachsystematischem Unterricht eine veränderte Perspektive dar. Nach lerntheoretischen und didaktischen Erkenntnissen sind bei der Planung und Umsetzung handlungsorientierten Unterrichts in Lernsituationen folgende Orientierungspunkte zu berücksichtigen:

- Didaktische Bezugspunkte sind Situationen, die für die Berufsausübung bedeutsam sind.
- Lernen vollzieht sich in vollständigen Handlungen, möglichst selbst ausgeführt oder zumindest gedanklich nachvollzogen.
- Handlungen fördern das ganzheitliche Erfassen der beruflichen Wirklichkeit, zum Beispiel technische, sicherheitstechnische, ökonomische, rechtliche, ökologische, soziale Aspekte.
- Handlungen greifen die Erfahrungen der Lernenden auf und reflektieren sie in Bezug auf ihre gesellschaftlichen Auswirkungen.
- Handlungen berücksichtigen auch soziale Prozesse, zum Beispiel die Interessenerklärung oder die Konfliktbewältigung, sowie unterschiedliche Perspektiven der Berufs- und Lebensplanung.

Teil IV Berufsbezogene Vorbemerkungen

Der vorliegende Rahmenlehrplan für die Berufsausbildung zum .../zur ... ist mit der Verordnung über die Berufsausbildung zum .../zur ... vom ... (BGBI. I S. ...) abgestimmt.

Der Rahmenlehrplan für den Ausbildungsberuf ... (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom ...) wird durch den vorliegenden Rahmenlehrplan aufgehoben.⁴

Die für den Prüfungsbereich Wirtschafts- und Sozialkunde erforderlichen Kompetenzen werden auf der Grundlage der "Elemente für den Unterricht der Berufsschule im Bereich Wirtschafts- und Sozialkunde gewerblich-technischer Ausbildungsberufe" (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.05.2008) vermittelt.⁵

In Ergänzung des Berufsbildes (Bundesinstitut für Berufsbildung unter <http://www.bibb.de>) sind folgende Aspekte im Rahmen des Berufsschulunterrichtes bedeutsam:

...

⁴ Entfällt, wenn bislang kein Rahmenlehrplan existiert.

⁵ Dieser Absatz der Vorbemerkungen entfällt bei allen anderen als den gewerblich-technischen Berufen.

Diese berufsbezogenen Vorbemerkungen sind vom Rahmenlehrplan-Ausschuss zu ergänzen:

*Sachverhalte, wie sie schon als Bildungsauftrag der Berufsschule oder als didaktische Grundsätze allgemein formuliert sind und damit auch für die jeweilige Berufsausbildung gelten, sollen hier nicht wiederholt werden. An dieser Stelle sind **berufsspezifische Besonderheiten aufzuführen**, die für die Umsetzung des Rahmenlehrplanes von Bedeutung sind, insbesondere Hinweise zu:*

- ***der Struktur des Lehrplans***, siehe auch Anlage 1
- ***der Entwicklung der Lernfelder aus den beruflichen Handlungsfeldern***
- ***Zusammenhängen zwischen Lernfeldern über die Ausbildungsjahre hinweg*** (ggf. graphisch)
- ***Berufsgruppen, affinen Berufen, vergleichbaren Lernfeldern*** (z. B. mit Blick auf Möglichkeiten der gemeinsamen Beschulung)
- ***der Integration von Fremdsprache in die Lernfelder*** und ggf. einen darüber hinaus erforderlichen Fremdsprachenunterricht
- ***der Integration von interkultureller Kompetenz***
- ***der Berücksichtigung von Inklusion***

und gegebenenfalls zu:

- ***besonderen Regelungen*** (z. B. erforderliche Zertifikate, Nachweise und Berechtigungen, Erwerb möglicher Zusatzqualifikation)
- ***unternehmerischer Selbstständigkeit***

Hinweise zur sächlichen oder personellen Ausstattung der Berufsschulen oder Unterrichtsorganisation sowie zur Anwendung bestimmter Methoden werden im Rahmenlehrplan der Kultusministerkonferenz nicht ausgewiesen.

Teil V Lernfelder

Teil V des Rahmenlehrplans besteht aus den ausformulierten Lernfeldern, denen eine tabellarische Übersicht vorangestellt ist. Die Zeitrichtwerte der Lernfelder sind in dieser Tabelle den einzelnen Ausbildungsjahren zuzuordnen und pro Ausbildungsjahr zu summieren.

Übersicht über die Lernfelder für den Ausbildungsberuf ...					
Lernfelder		Zeitrichtwerte in Unterrichtsstunden			
Nr.		1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
...					
Summen: insgesamt ... Stunden					

Teil VI Lesehinweise

Für Teil VI des Rahmenlehrplanes ist ein geeignetes Lernfeld auszuwählen und mit den entsprechend zugeordneten Kommentaren zu versehen.

fortlaufende Nummer	Kernkompetenz der übergeordneten beruflichen Handlung ist niveaugemessen beschrieben	Angabe des Ausbildungsjahres; 40, 60 oder 80 Stunden
Lernfeld 3:	Einfache Baugruppen herstellen	1. Ausbildungsjahr Zeitrichtwert: 80 Stunden
<p>Die Schülerinnen und Schüler besitzen die Kompetenz, Bauteile zu einfachen Baugruppen zu montieren und dabei kundenspezifische Anforderungen zu berücksichtigen.</p> <p>Sie analysieren technische Dokumente, wie <i>Gesamt- und Gruppenzeichnungen, Stücklisten, Anordnungspläne und einfache Schaltpläne</i> mit dem Ziel, die Zusammenhänge und Funktionen zu erfassen und zu beschreiben. Auf dieser Grundlage verdeutlichen sie Kraft-, Energie- und Informationsflüsse.</p> <p>Sie planen die Montagetätigkeit von mechanischen und steuerungstechnischen Baugruppen, indem sie sich einen Überblick über mögliche sachgerechte Montage-reihenfolgen verschaffen. Sie erstellen einen Montageplan und nutzen verschiedene Strukturierungs- und Darstellungsvarianten (<i>Strukturbaum, Tabelle, Flussdiagramm, Explosionszeichnung</i>). Sie vergleichen die Ergebnisse hinsichtlich der Aussagefähigkeit der Darstellung und der Effektivität der Montagereihenfolge. Für eine fachgerechte Montage bestimmen sie erforderliche Werkzeuge, Hilfsmittel und Vorrichtungen und begründen ihre Auswahl.</p> <p>Sie führen die Montage durch, indem sie ihr Wissen über die verschiedenen Wirkprinzipien des Fügens (<i>kraft-, form-, stoffschlüssig</i>) nutzen und die geplanten Fügeverfahren (<i>lösbar, unlösbar</i>) anwenden. Sie wählen die notwendigen Norm- und Kaufteile mit Hilfe entsprechender technischer Unterlagen (<i>Tabellenbuch, Normblätter, Kataloge, elektronische Medien, Firmenunterlagen, auch in englischer Sprache</i>) aus. Um die konstruktive Auslegung nachzuvollziehen und um Montagefehler zu vermeiden, führen sie die notwendigen Berechnungen durch (<i>Kraft, Festigkeit von Schrauben, Werkstoffkennwerte, Drehmoment, Übersetzung</i>). Sie ermitteln Kenngrößen, erkennen Zusammenhänge, bewerten diese und stellen sie anschaulich dar. Sie übernehmen Verantwortung für die Sicherheit am Arbeitsplatz für sich und andere, indem sie die Auswirkungen bei Nichtbeachtung der Unfallverhütungsvorschriften verinnerlichen.</p> <p>Sie prüfen die Baugruppe auf Funktion und berücksichtigen dabei die kundenspezifischen Anforderungen. Dazu entwickeln sie Prüfkriterien und erstellen Prüfpläne, auch unter Zuhilfenahme von Simulationssoftware. Mögliche und vorhandene Fehler werden systematisch auf ihre Ursachen untersucht; dazu nutzen sie Werkzeuge des Qualitätsmanagements (z. B. <i>Ursachen-Wirkungs-Diagramm</i>). Sie protokollieren die Ergebnisse, bewerten diese und ergreifen Maßnahmen, um Qualitätsmängel künftig zu vermeiden. Sie reflektieren den Montageprozess und die angewandten Verfahren, präsentieren ihre Ergebnisse und diskutieren Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich <i>Wirtschaftlichkeit, technischer Machbarkeit, Umweltschutz, Arbeitsschutz und</i> <i>Ökonomie</i>.</p>		
<p><i>Fach-, Selbst-, Sozialkompetenz; Methoden-, Lern- und kommunikative Kompetenz sind berücksichtigt</i></p>		
<p><i>offene Formulierungen ermöglichen den Einbezug organisatorischer und technologischer Veränderungen</i></p>		
<p><i>1. Satz enthält generalisierte Beschreibung der Kernkompetenz (siehe Bezeichnung des Lernfeldes) am Ende des Lernprozesses des Lernfeldes</i></p>		
<p><i>verbindliche Mindestinhalte sind kursiv markiert</i></p>		
<p><i>Fremdsprache ist berücksichtigt</i></p>		
<p><i>offene Formulierungen ermöglichen unterschiedliche methodische Vorgehensweisen unter Berücksichtigung der Sachausstattung der Schulen</i></p>		
<p><i>Komplexität und Wechselwirkungen von Handlungen sind berücksichtigt</i></p>		
<p><i>Gesamttext gibt Hinweise zur Gestaltung ganzheitlicher Lernsituationen über die Handlungsphasen hinweg</i></p>		

4 Handlungsanweisungen

4.1 Aufgaben des Rahmenlehrplan-Ausschusses⁶

1. Die konstituierende Sitzung eines Rahmenlehrplan-Ausschusses findet in der Regel im Sekretariat der Kultusministerkonferenz in Berlin statt. Dabei übernimmt das Sekretariat der Kultusministerkonferenz die Information des Rahmenlehrplan-Ausschusses über das Abstimmungsverfahren und die Einführung in die Curriculumentwicklung.
2. Vor Beginn der Rahmenlehrplan-Arbeit sollen die Mitglieder des Rahmenlehrplan-Ausschusses und ggf. Sachverständige des Bundes an einem Expertenseminar zur Rahmenlehrplan-Arbeit, ggf. zur gesamten Ordnungsarbeit, teilgenommen haben.
3. Das Sekretariat der Kultusministerkonferenz stellt den Mitgliedern des Rahmenlehrplan-Ausschusses mit der Einladung zur konstituierenden Sitzung folgende Unterlagen zur Verfügung:
 - Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe
 - Arbeitshilfe für Rahmenlehrplan-Ausschüsse
 - Projektantrag
 - gegebenenfalls relevante Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz
 - vom federführenden Land zusammengestelltes Informationsmaterial
 - gegebenenfalls bereits vorhandene affine Ordnungsmittel (Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz, Ausbildungsordnungen).
4. Die Leitung der Sitzungen des Rahmenlehrplan-Ausschusses wird von einem Vertreter/einer Vertreterin des federführenden Landes übernommen.
5. Die Terminplanung für die Sitzungen des Rahmenlehrplan-Ausschusses sowie die Festlegung des Sitzungsortes wird vom Rahmenlehrplan-Ausschuss selbstständig übernommen. Dabei müssen verkehrstechnisch günstig gelegene Sitzungsorte ge-

⁶ Bei den nachfolgenden Handlungsanweisungen sind die jeweils Handelnden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.

wählt werden. Die Gesamtdauer der Erarbeitung und Abstimmung soll nicht mehr als zwölf Monate betragen. Die Zahl von fünf Sitzungen sollte in der Regel nicht überschritten werden, wobei die erste und letzte Sitzung im Sekretariat der Kultusministerkonferenz in Berlin stattfinden sollte.

6. Die Sitzungstermine des Rahmenlehrplan-Ausschusses mit genauer Angabe von Datum, Uhrzeit und Sitzungsort mit Telefon-Nummer werden in der Regel in der konstituierenden Sitzung festgelegt bzw. vom Vorsitzenden/von der Vorsitzenden des Rahmenlehrplan-Ausschusses dem Sekretariat der Kultusministerkonferenz mitgeteilt.
7. Die Einladungen zu den getrennten Sitzungen des Rahmenlehrplan-Ausschusses und der Sachverständigen des Bundes und zu gemeinsamen Sitzungen übersendet das Sekretariat der Kultusministerkonferenz an die Kultusverwaltungen und nachrichtlich an die Mitglieder des Rahmenlehrplan-Ausschusses. Die Erteilung der Dienstreisegenehmigung erfolgt auf dem Dienstweg des Landes. Die Reisekosten werden vom jeweils entsendenden Land getragen.
8. An den Sitzungen der Sachverständigen des Bundes nimmt der Vorsitzende/die Vorsitzende des Rahmenlehrplan-Ausschusses beobachtend teil. Die Teilnahme kann auch von einem anderen Mitglied des Rahmenlehrplan-Ausschusses übernommen werden.

An den Sitzungen des Rahmenlehrplan-Ausschusses nimmt ein Vertreter/eine Vertreterin der Bundesseite, in der Regel der Projektleiter/die Projektleiterin des Bundesinstituts für Berufsbildung, beobachtend teil. Die Einladung dieser Vertreter/Vertreterin erfolgt über das Sekretariat der Kultusministerkonferenz.
9. An den gemeinsamen Sitzungen sollen in der Regel nicht mehr als je vier Sachverständige der Kultusseite und der Bundesseite teilnehmen.
10. Bund und Länder wechseln sich bei der Einladung und Leitung der gemeinsamen Sitzungen ab. Die jeweils projektantragstellende Seite übernimmt die erste gemeinsame Sitzung.

11. Die Mitglieder des Rahmenlehrplan-Ausschusses halten Kontakt mit dem jeweiligen Vertreter/der jeweiligen Vertreterin des Kultusministeriums im Unterausschuss für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz und unterrichten diesen/diese insbesondere beim Auftreten von Problemen, die im Rahmenlehrplan-Ausschuss nicht gelöst werden können. Der Vorsitzende/die Vorsitzende des Rahmenlehrplan-Ausschusses unterrichtet das Sekretariat der Kultusministerkonferenz, wenn eine über das übliche Verfahren hinausgehende Behandlung des Projekts im Unterausschuss für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz angezeigt erscheint.
12. Der Vorsitzende/die Vorsitzende des Rahmenlehrplan-Ausschusses leitet die Niederschrift der Sitzung des Rahmenlehrplan-Ausschusses mit dem Entwurf des Rahmenlehrplanes innerhalb von vierzehn Tagen nach einer Sitzung dem Sekretariat der Kultusministerkonferenz zu.
13. Das Sekretariat der Kultusministerkonferenz übernimmt den Versand der Niederschriften von Sitzungen des Rahmenlehrplan-Ausschusses, den Zwischenentwürfen und den abgestimmten Rahmenlehrplan-Entwürfen der Kultusministerkonferenz entsprechend nachfolgendem Verteiler:
 - an die Beauftragten der Kultusminister der Länder im Bund-Länder-Koordinierungsausschuss "Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne" (gleichzeitig Mitglieder des Unterausschusses für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz)
 - an die Mitglieder des Rahmenlehrplan-Ausschusses
 - an die Bundesseite.
14. Das Sekretariat der Kultusministerkonferenz übernimmt den Versand der Niederschriften von Sitzungen der Bundesseite, Zwischen-Entwürfen und abgestimmten Entwürfen der Ausbildungsordnung entsprechend nachfolgendem Verteiler:
 - an die Beauftragten der Kultusminister der Länder im Bund-Länder-Koordinierungsausschuss „Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne“
 - an die Mitglieder des Rahmenlehrplan-Ausschusses.
15. Das Sekretariat der Kultusministerkonferenz unterrichtet den Rahmenlehrplan-Ausschuss über die einschlägigen Beratungsergebnisse des Unterausschusses für

Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz und des Bund-Länder-Koordinierungsausschusses "Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne".

16. Das Sekretariat der Kultusministerkonferenz sorgt für die Behandlung von Problemfällen im Unterausschuss für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz.
17. Der Vorsitzende/die Vorsitzende des Rahmenlehrplan-Ausschusses benachrichtigt das Sekretariat der Kultusministerkonferenz über die vorläufige Fertigstellung des Rahmenlehrplan-Entwurfs.
18. Das Sekretariat der Kultusministerkonferenz stellt sicher, dass der Rahmenlehrplan-Ausschuss im Anschluss an die Arbeit am Rahmenlehrplan eine oder mehrere exemplarische Lernsituationen zur Umsetzung eines oder mehrerer Lernfelder entwickelt (siehe Anlage 4).

4.2 Strukturierung und Formulierung der Lernfelder

Die **Anzahl** der Lernfelder ergibt sich aus den Notwendigkeiten, auf der Grundlage von Handlungsfeldern konkrete berufliche Aufgabenstellungen innerhalb zusammengehöriger Arbeits- und Geschäftsprozesse sachgerecht zusammenzufassen. Die Lernfelder sind über den Ausbildungsverlauf hinweg didaktisch so zu strukturieren, dass eine Kompetenzentwicklung spiralcurricular erfolgt.

Für jedes Lernfeld ist ein **Zeitrichtwert** für den Unterricht festzulegen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Umfang des berufsbezogenen Unterrichts in den Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz pro Ausbildungsjahr in der Regel 280 Unterrichtsstunden bei einer Annahme von 40 Unterrichtswochen pro Schuljahr beträgt. Im Hinblick auf die organisatorischen Gegebenheiten der Berufsschule sollen die Zeitrichtwerte durch 20 teilbar sein und in der Regel 40, 60 oder 80 Unterrichtsstunden umfassen.

Bei der Ausformulierung der Handlungskompetenzen eines Lernfeldes ist darauf zu achten, dass lediglich 80 % des rechnerischen Zeitrichtwertes ausgenutzt werden. Damit wird sichergestellt, dass unter Berücksichtigung individueller Rahmensetzungen

und pädagogischer Erfordernisse an den Schulen die ordnungsgemäße Umsetzung des Rahmenlehrplans erfolgen kann.

Schritte für die Formulierung des Lernfeldes:

Im ersten Schritt ist die **Bezeichnung** des Lernfeldes festzulegen. Dazu ist die jeweilige Kernkompetenz der übergeordneten beruflichen Handlung möglichst kurz, aussagekräftig und aktiv zu formulieren. Das Niveau der beruflichen Handlungskompetenz muss zum Ausdruck kommen.

Im zweiten Schritt ist die Bezeichnung des Lernfeldes durch eine generalisierende Ausformulierung dieser Kernkompetenz am Ende des Lernprozesses darzustellen.

Im dritten Schritt werden die differenzierten beruflichen Handlungen gegliedert nach den Phasen der vollständigen Handlung beschrieben. Dabei ist die berufliche Handlung unter Berücksichtigung von korrespondierendem Wissen, zugehörigen Kenntnissen, Fertigkeiten sowie ggf. Lern- und Problemlösestrategien zu beschreiben. Gleichzeitig sind Denkhandlungen zur Verknüpfung, Begründung und Reflexion auszuweisen.

Bei der Formulierung sind folgende **Grundsätze** zu beachten:

Es ist sicher zu stellen, dass die spezifischen Aufgaben des Lernortes Berufsschule in Abgrenzung und Ergänzung zum Lernort des dualen Partners besonders deutlich werden.

Die Formulierungen sollen im Sinne eines Spiralcurriculums über die gesamten Lernfelder der Ausbildung eine Steigerung des Anforderungsniveaus und der Komplexität zum Ausdruck bringen. Dabei ist zu beachten, dass anerkannte Ausbildungsberufe grundsätzlich auf dem Hauptschulabschluss bzw. vergleichbaren Abschlüssen aufbauen. Ebenso sind auch die Niveaustufen des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR) zu berücksichtigen.

Im Folgenden wird an zwei Beispielen exemplarisch die Strukturierung und Formulierung von Lernfeldern aufgezeigt:

Beispiel: Angelehnt an den Rahmenlehrplan Werkzeugmechaniker/Werkzeugmechanikerin (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 25.03.2004)

fortlaufende Nummer	Kernkompetenz der übergeordneten beruflichen Handlung niveaue angemessen ausdrücken	Angabe des Ausbildungsjahres; 40, 60 oder 80 Stunden
Lernfeld 3:	Einfache Baugruppen herstellen	1. Ausbildungsjahr Zeitrichtwert: 80 Stunden
<p>Die Schülerinnen und Schüler besitzen die Kompetenz, Bauteile zu einfachen Baugruppen zu montieren und dabei kundenspezifische Anforderungen zu berücksichtigen.</p> <p>Sie analysieren technische Dokumente, wie <i>Gesamt- und Gruppenzeichnungen, Stücklisten, Anordnungspläne und einfache Schaltpläne</i> mit dem Ziel, die Zusammenhänge und Funktionen zu erfassen und zu beschreiben. Auf dieser Grundlage verdeutlichen sie Kraft-, Energie- und Informationsflüsse.</p> <p>Sie planen die Montagetätigkeit von mechanischen und steuerungstechnischen Baugruppen, indem sie sich einen Überblick über mögliche sachgerechte Montage-reihenfolgen verschaffen. Sie erstellen einen Montageplan und nutzen verschiedene Strukturierungs- und Darstellungsvarianten (<i>Strukturbaum, Tabelle, Flussdiagramm, Explosionszeichnung</i>). Sie vergleichen die Ergebnisse hinsichtlich der Aussagefähigkeit der Darstellung und der Effektivität der Montagereihenfolge. Für eine fachgerechte Montage bestimmen sie erforderliche Werkzeuge, Hilfsmittel und Vorrichtungen und begründen ihre Auswahl.</p> <p>Sie führen die Montage durch, indem sie ihr Wissen über die verschiedenen Wirkprinzipien des Fügens (<i>kraft-, form-, stoffschlüssig</i>) nutzen und die geplanten Fügeverfahren (<i>lösbar, unlösbar</i>) anwenden. Sie wählen die notwendigen Norm- und Kaufteile mit Hilfe entsprechender technischer Unterlagen (<i>Tabellenbuch, Normblätter, Kataloge, elektronische Medien, Firmenunterlagen, auch in englischer Sprache</i>) aus. Um die konstruktive Auslegung nachzuvollziehen und um Montagefehler zu vermeiden, führen sie die notwendigen Berechnungen durch (<i>Kraft, Festigkeit von Schrauben, Werkstoffkennwerte, Drehmoment, Übersetzung</i>). Sie ermitteln Kenngrößen, erkennen Zusammenhänge, bewerten diese und stellen sie anschaulich dar. Sie übernehmen Verantwortung für die Sicherheit am Arbeitsplatz für sich und andere, indem sie die Auswirkungen bei Nichtbeachtung der Unfallverhütungsvorschriften verinnerlichen.</p> <p>Sie prüfen die Baugruppe auf Funktion und berücksichtigen dabei die kundenspezifischen Anforderungen. Dazu entwickeln sie Prüfkriterien und erstellen Prüfpläne, auch unter Zuhilfenahme von Simulationssoftware. Mögliche und vorhandene Fehler werden systematisch auf ihre Ursachen untersucht; dazu nutzen sie Werkzeuge des Qualitätsmanagements (z. B. <i>Ursachen-Wirkungs-Diagramm</i>). Sie protokollieren die Ergebnisse, bewerten diese und ergreifen Maßnahmen, um Qualitätsmängel künftig zu vermeiden. Sie reflektieren den Montageprozess und die angewandten Verfahren, präsentieren ihre Ergebnisse und diskutieren Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich Wirtschaftlichkeit, technischer Machbarkeit, Umweltschutz, Arbeitsschutz und Ergonomie.</p>		
<p><i>1. Satz: generalisierenden Beschreibung der Kernkompetenz (siehe Bezeichnung des Lernfeldes) am Ende des Lernprozesses des Lernfeldes</i></p>		
<p><i>Volltext mit Absätzen, die die Phasen der vollständigen Handlung zum Ausdruck bringen</i></p>		
<p><i>Verbindliche Mindestinhalte beschreiben und kursiv markieren</i></p>		
<p><i>Fremdsprache angemessen berücksichtigen</i></p>		
<p><i>keine methodischen Vorgaben (z. B. „Sie ermitteln durch Versuche...“) und keine Vorgaben, die indirekt die Sachausstattung der Schulen betreffen</i></p>		
<p><i>Komplexität und Wechselwirkungen von Handlungen berücksichtigen</i></p>		
<p><i>Gesamttext gibt Hinweise zur Gestaltung ganzheitlicher Lernsituationen über die Handlungsphasen hinweg</i></p>		
<p><i>Dimensionen (Fach-, Selbst-, Sozialkompetenz; Methoden-, Lern- und kommunikative Kompetenz) berücksichtigen</i></p>		
<p><i>formale Vorgaben umsetzen: Präsens-Formulierungen und keine "soll"-Formulierungen</i></p>		
<p><i>durch offene Formulierungen den Einbezug organisatorischer und technologischer Veränderungen ermöglichen</i></p>		

Beispiel: Angelehnt an den Rahmenlehrplan Musikfachhändler/Musikfachhändlerin
(Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 27.11.2008)

fortlaufende Nummer	Kernkompetenz der übergeordneten beruflichen Handlung niveauangemessen ausdrücken	Angabe des Ausbildungsjahres; 40, 60 oder 80 Stunden
Lernfeld 6:	Waren beschaffen, annehmen und lagern	2. Ausbildungsjahr Zeitrichtwert: 80 Stunden
<p>Die Schülerinnen und Schüler verfügen über die Kompetenz, Beschaffungs- und Lagerungsprozesse bei unterschiedlichen Warenarten zu planen, durchzuführen und zu bewerten.</p> <p>Die Schülerinnen und Schüler analysieren und verfolgen die aktuellen Entwicklungen auf dem Musikmarkt und ermitteln unter Berücksichtigung der Umsatzentwicklung und der Absatzchancen den für eine erfolgreiche Sortimentsgestaltung erforderlichen <i>Bedarf an Musikinstrumenten, Musikalien und Tonträgern</i>.</p> <p>Auf der Grundlage der Analyse warenwirtschaftlicher Daten (<i>Absatz, Umsatz</i>), der Bestandsentwicklung und der Lagerkapazitäten planen sie den Beschaffungsprozess hinsichtlich Warenart, Beschaffungszeitpunkt und Bestellmenge. Dazu berechnen und beurteilen sie auch Lagerkennziffern (<i>Mindestbestand, Meldebestand, Umschlaghäufigkeit, Lagerdauer</i>). Zur Ermittlung geeigneter Bezugsquellen werten sie vorhandene Unterlagen und verschiedene auch fremdsprachliche Medien aus. Sie erstellen allgemeine und spezifische <i>Anfragen</i> unter Nutzung informationstechnischer Systeme.</p> <p>Die Schülerinnen und Schüler vergleichen eingehende <i>Angebote</i> nach verschiedenen quantitativen und qualitativen Kriterien und treffen im Bewusstsein ihrer Mitverantwortung für den Geschäftserfolg eine begründete Auswahlentscheidung. Dafür werten sie die <i>Allgemeinen Geschäftsbedingungen</i> aus, wenden bei der Bezugspreiskalkulation die Regeln der <i>Prozent- und Währungsrechnung</i> an und nutzen <i>Tabellenkalkulationsprogramme</i>. Sie formulieren direkt eine <i>Bestellung</i>. Zur Durchführung der Beschaffung schließen sie <i>Kaufverträge</i> ab und beachten neben ökonomischen und ökologischen Aspekten dabei sowohl betriebliche Vorgaben als auch rechtliche Bestimmungen (<i>Verbindlichkeit und Form</i>). Die Rechtsgültigkeit von Kaufverträgen und die Pflichten der Vertragspartner klären sie auch mit Hilfe der Analyse von Gesetzestexten. Mit ihren Geschäftspartnern kommunizieren sie über unterschiedliche Medien sachlich korrekt und formal angemessen.</p> <p>Die Schülerinnen und Schüler überwachen, überprüfen sowie dokumentieren den Wareneingang und veranlassen die Bezahlung der gelieferten Waren. Bei <i>Nicht-Rechtzeitig-Lieferung</i> und <i>Schlecht-Leistung</i> schätzen sie aufgrund ihrer Kenntnisse der Gesetzeslage zu den <i>Rechten und Pflichten der Vertragspartner</i> und der betriebsüblichen Vorgehensweise rechtliche und ökonomische Handlungsspielräume ein und kommunizieren mit Lieferanten problemlösungsorientiert.</p> <p>Die Schülerinnen und Schüler lagern die Waren sachgerecht und wenden dabei ihre Kenntnisse über <i>Lager- und Transportvorschriften, Sicherheit im Lager und Warenpflege</i> an. Sie kontrollieren die Lagerbestände und wirken bei Inventuren mit. Bei Abweichungen leiten sie betriebsübliche Maßnahmen ein und unterbreiten Vorschläge, um Inventurdifferenzen künftig zu vermeiden. Sie analysieren und bewerten den Ablauf des Beschaffungsprozesses und die Lagerorganisation und zeigen Möglichkeiten zur Optimierung auf. Dabei reflektieren sie auch ihr eigenes Verhalten in Bezug auf die Zusammenarbeit im Team während des gesamten Prozesses sowie gegenseitige Wertschätzung und die Einstellung zur Arbeit.</p>		
<p>1. Satz: generalisierende Beschreibung der Kernkompetenz (siehe Bezeichnung des Lernfeldes) am Ende des Lernprozesses des Lernfeldes</p>		
<p>Verbindliche Mindestinhalte beschreiben und kursiv markieren</p>		
<p>Fremdsprache angemessen berücksichtigen</p>		
<p>Volltext mit Absätzen, die die Phasen der vollständigen Handlung zum Ausdruck bringen</p>		
<p>durch offene Formulierungen den Einbezug organisatorischer und technologischer Veränderungen ermöglichen</p>		
<p>Komplexität und Wechselwirkungen von Handlungen berücksichtigen</p>		
<p>keine methodischen Vorgaben z. B. „Sie kommunizieren in Rollenspielen...“ und keine Vorgaben, die indirekt die Sachausstattung der Schulen betreffen (z. B. Modellunternehmen)</p>		
<p>Gesamttext gibt Hinweise zur Gestaltung ganzheitlicher Lernsituationen über die Handlungsphasen hinweg</p>		
<p>formale Vorgaben umsetzen: Präsenz-Formulierungen und keine "soll"-Formulierungen</p>		
<p>Dimensionen (Fach-, Selbst-, Sozialkompetenz; Methoden-, Lern- und kommunikative Kompetenz) berücksichtigen</p>		

5 Glossar

Das Glossar umfasst die wesentlichen Begriffe im Verfahren zur Neuordnung eines Ausbildungsberufes und soll als "Mininachsschlagewerk" Hilfe und Unterstützung bieten. Die **Begriffe verstehen sich als Arbeitsdefinitionen.**

Arbeitsprozess

Arbeitsprozess i.w.S. bezeichnet die Abfolge von Produktions- und Dienstleistungstätigkeiten zum Erreichen bestimmter Zwecke. Im engeren Sinne sind Arbeitsprozesse auf die Produktion materieller Güter gerichtet. Diese korrespondieren in Unternehmen mit kaufmännischen Tätigkeiten des Geschäftsprozesses. Mit dieser Differenzierung wird in der Didaktik der Berufsbildung vielfach die summierende Bezeichnung „Orientierung an Arbeits- und Geschäftsprozessen“ verwandt. Arbeitsprozessorientierung im Rahmenlehrplan hat die Funktion, das Lernen an fachsystematisch strukturierten Inhalten zu überwinden zugunsten eines Lernen, dessen Inhalte auf Arbeitsprozesse bezogen sind. Hierbei sollen Arbeitsprozesse wissenschaftlich fundiert verstanden werden. Dementsprechend sollen die Lernfelder sich nicht an Teilgebieten wissenschaftlicher Fächer orientieren, sondern von Arbeitsprozessen in beruflichen Handlungsfeldern ausgehen und entsprechend strukturiert werden.

Arbeitsprozesse in technischen Berufsfeldern lassen sich mit der Ablaufstruktur eines sozio-technischen Handlungssystems als Ergebnis einer systematischen Rekonstruktion des Denkens und Handelns des Menschen in Bezug auf Technik, verstanden als zielorientierte Gestaltung der Umwelt mit materiellen Mitteln, beschreiben. Gestaltung der Umwelt durch Technik vollzieht sich von der Gestaltungsidee über Konstruktion, Herstellung und Gebrauch von Apparaten, Maschinen und Geräten bis hin zu ihrer Entsorgung, und zwar zunehmend auf der Basis von Erkenntnissen einschlägiger Wissenschaften und unter Anwendung wissenschaftlicher Methoden. Theoretische Bezugspunkte für die Ablaufstruktur sind fachwissenschaftliche Konzepte aus der Allgemeinen Technologie und der Konstruktionswissenschaft. Als Modellvorstellung wird angenommen, dass berufliche Handlungskompetenz sich im denkenden und handelnden Umgang mit Technik in den Phasen *Planen, Entwickeln, Fertigen, Verteilen, Nutzen, Beseitigen* entfaltet und dass diese Handlungskompetenz sich insbesondere im Prozess theoretischer *Aufklärung und Anleitung von Praxis* entwickelt. Weiterhin wird angenommen, dass dieser Prozess sich in den Dimensionen des *Verstehens* von Technik und des *Gestaltens* von Technik sowie in deren Verknüpfung vollzieht und dass er durch *Sprache* strukturiert und vermittelt wird. Die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz wäre demnach zu deuten bzw. zu konzipieren als Prozess der Aneignung von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten bis zum Niveau theoriegeleiteten, selbstständigen und verantwortlichen Verstehens und Gestaltens von Technik einschließlich deren ökologischer und gesellschaftlicher Implikationen.

Ausbildungsberuf

Der Rechtsbegriff "staatlich anerkannter Ausbildungsberuf" findet sich erstmals im Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14.08.1969. Staatlich anerkannte Ausbildungsberufe sind rechtlich fixierte Ausbildungsgänge mit Prüfungsanforderungen. Sie sind Konstrukte, die sich einerseits an den Tätigkeits- und Funktionsbereichen von Wirtschaft und Verwaltung und andererseits an berufspädagogischen und berufsbildungspolitischen Vorgaben orientieren. Derzeit gibt es rund 350 anerkannte Ausbildungsberufe, die in einem vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) herausgegebenen, jährlich aktualisierten Verzeichnis aufgelistet sind (Stand 2010). Entwickelt werden diese Berufe im Rahmen eines mehrstufigen Verfahrens unter Federführung des BIBB. Beteiligt sind daran der Bund, die Länder und die Sozialpartner (Ar-

beitgeber und Gewerkschaften). Sachverständige der Ausbildungspraxis werden hinzugezogen. Die Abstimmung mit den Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz wird sichergestellt.

Ausbildungsordnung

Ausbildungsordnungen (AO) und Rahmenlehrpläne (RLP) bilden die strukturelle und inhaltliche Grundlage für die Berufsausbildung im dualen System. Formal sind Ausbildungsordnungen niedergelegt als Rechtsverordnungen, welche die Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf am Lernort Betrieb regeln. Ausbildungsordnungen werden unter Beteiligung der Sozialpartner vom zuständigen Bundesministerium (i.d.R. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung erlassen.

Inhaltlich bilden Ausbildungsordnungen die Grundlage für eine bundeseinheitliche Berufsausbildung. Ihre Ausgestaltung soll die Anpassung an technische, ökonomische und gesellschaftliche Erfordernisse und Entwicklungen ermöglichen. Das BBiG (§ 5) bestimmt, dass in der Ausbildungsordnung mindestens festgelegt ist: die Bezeichnung des Ausbildungsberufes, die Ausbildungsdauer, die während der Ausbildung zu vermittelnden Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten, die mindestens Gegenstand der Berufsausbildung sind (Ausbildungsberufsbild), eine Anleitung zur sachlichen und zeitlichen Gliederung der Vermittlung der beruflichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (Ausbildungsrahmenplan) sowie die Prüfungsanforderungen.

Ausbildungsrahmenplan

Der Ausbildungsrahmenplan ist Bestandteil jeder Ausbildungsordnung. Nach § 4 Ausbildungsordnung sind „Gegenstand der Berufsausbildung ... mindestens die im Ausbildungsrahmenplan aufgeführten Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten (berufliche Handlungsfähigkeit)“. Der Ausbildungsrahmenplan findet sich als Anlage in der jeweiligen Ausbildungsordnung.

Bund-Länder-Koordinierungsausschuss "Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne"

Die Zusammenarbeit zwischen der Kultusministerkonferenz und der Bundesregierung im Rahmen des dualen Systems der Berufsausbildung erfolgt nach dem im Gemeinsamen Ergebnisprotokoll vom 30.05.1972 (GEP, siehe Anlage 2) vereinbarten Verfahren der Erarbeitung und Abstimmung von Ausbildungsordnungen für anerkannte Ausbildungsberufe und Rahmenlehrplänen für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule. Der Bund-Länder-Koordinierungsausschuss „Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne“ (KoA) ist dabei das entscheidende Gremium auf Arbeitsebene, dem als Beauftragte der Länder die Mitglieder des Unterausschusses für Berufliche Bildung und Vertreter des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, des Bundesministeriums für Bildung und Forschung sowie des jeweilig zuständigen Fachministeriums angehören.

Entsprechungsliste

Die Entwicklung von Profilen staatlich anerkannter Ausbildungsberufe setzt eine inhaltliche Abstimmung zwischen den jeweiligen Ausbildungsordnungen (Bundesseite) und den zugehörigen Rahmenlehrplänen (Länderseite) voraus. Das Verwaltungsverfahren hierzu ist in einem "Gemeinsamen Ergebnisprotokoll betr. das Verfahren bei der Abstimmung von Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen im Bereich der beruflichen Bildung zwischen der Bundesregierung und den Kultusministern (-senatoren) der Länder" vom 30.05.1972 geregelt.

Das Verfahren sieht vor, dass die notwendige Abstimmung in gemeinsamen Sitzungen von Sachverständigen des Bundes und der Länder herbeigeführt wird. Inhaltliche Grundlage der Beratungen ist eine sogenannte Entsprechungsliste, die einen Abgleich der Gestaltungselemente von Ausbildungsordnung und Rahmenlehrplan ermöglicht.

Fertigkeiten

Fertigkeiten bezeichnen die Fähigkeit, Wissen anzuwenden und Kenntnisse einzusetzen, um Aufgaben auszuführen und Probleme zu lösen. Im Europäischen Qualifikationsrahmen werden Fertigkeiten als kognitive Fertigkeiten (logisches, intuitives und kreatives Denken) und praktische Fertigkeiten (Geschicklichkeit und Verwendung von Methoden, Materialien, Werkzeugen und Instrumenten) beschrieben.

Federführung

Die sog. "Federführung" in einem Neuordnungsverfahren wird unter den Ländern im Unterausschuss für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz abgesprochen. Die Federführung bezieht sich auf die organisatorische Abwicklung, nicht jedoch auf eine inhaltliche Federführung. Alle Mitglieder des Rahmenlehrplan-Ausschusses sind gleichberechtigt.

Geschäftsprozess

Ein Geschäftsprozess beschreibt die materiellen, wert- und informationsbezogenen Transaktionen in sog. Wertketten. Dies sind zusammenhängende Ablaufschemata von Tätigkeiten, die zur Erreichung einer unternehmerischen Zielsetzung (typischerweise Gewinn) beitragen. Als Beispiele gelten "Auftragsabwicklung" im Sinne eines Ablaufs "vom Kunden zum Kunden" oder auch der "Kundenservice" oder die "Eingangslogistik". Der Geschäftsprozess ist dabei nicht zu verwechseln mit organisatorischen Funktionseinheiten, die nämlich i. d. R. durch spezialisierte Tätigkeiten zu unterschiedlichen Wertketten beitragen können. So ist die Funktion "Einkauf" in allen obengenannten Wertketten unterschiedlich eingebunden. Geschäftsprozessorientierung im Rahmenlehrplan hat die Funktion, das Lernen an fachsystematisch strukturierten Inhalten zu überwinden zugunsten eines Lernen, dessen Inhalte auf Geschäftsprozesse bezogen sind. Hierbei sollen Geschäftsprozesse wissenschaftlich fundiert verstanden werden. Dementsprechend sollen die Lernfelder sich nicht an Teilgebieten wissenschaftlicher Fächer orientieren, sondern von Geschäftsprozessen in beruflichen Handlungsfeldern ausgehen und hierbei im Besonderen Kommunikationsstrukturen berücksichtigen.

Handlungsfelder

Handlungsfelder orientieren sich an berufsbezogenen Aufgabenstellungen innerhalb zusammengehöriger Arbeits- und Geschäftsprozesse. Handlungsfelder verknüpfen berufliche, gesellschaftliche und individuelle Anforderungen. Durch didaktische Reflexion und Aufbereitung werden aus den Handlungsfeldern, die an der gegenwärtigen und zukünftigen Berufspraxis orientiert sind, die Lernfelder in den Rahmenlehrplänen entwickelt.

Handlungskompetenz

Die Erlangung von Handlungskompetenz ist das Leitziel der schulischen Berufsausbildung im dualen System. Dabei wird Handlungskompetenz verstanden als Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. Handlungskompetenz entfaltet sich in den Dimensionen Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz.

Handlungsorientierung

Entsprechend der Zielsetzung der Berufsausbildung soll der Unterricht junge Menschen zu selbstständigem Planen, Durchführen und Beurteilen von Arbeitsaufgaben im Rahmen ihrer Berufstätigkeit befähigen. Handlungsorientierter Unterricht im Rahmen der Lernfeldkonzeption orientiert sich prioritär an handlungssystematischen Strukturen und stellt gegenüber vorrangig fachsystematischem Unterricht eine veränderte Perspektive dar.

Kenntnisse / Wissen

Die Begriffe Kenntnisse und Wissen werden häufig gleichbedeutend verwendet und meinen das Ergebnis der Verarbeitung von Information durch Lernen. Beide Begriffe bezeichnen die Gesamtheit der Fakten, Grundsätze, Theorien und Praxis in einem Lern- oder Arbeitsbereich. Kenntnisse bzw. Wissen stellen eine Kompetenzebene dar.

Kompetenz / Performanz

Kompetenz stellt im Gegensatz zur tatsächlich erbrachten Leistung (Performanz) eine Disposition dar. Sie befähigt eine Person, konkrete Anforderungssituationen zu bewältigen. Performanz ist – anderes als Kompetenz – grundsätzlich beobachtbar und spielt daher eine wesentliche Rolle bei der Leistungsmessung.

Lernfeld

Lernfelder sind durch die Handlungskompetenz mit inhaltlichen Konkretisierungen und die Zeitrichtwerte beschrieben. Sie sind aus Handlungsfeldern des jeweiligen Berufes entwickelt und orientieren sich an berufsbezogenen Aufgabenstellungen innerhalb zusammengehöriger Arbeits- und Geschäftsprozesse. Sie verbinden ausbildungsrelevante berufliche, gesellschaftliche und individuelle Zusammenhänge unter dem Aspekt der Entwicklung von Handlungskompetenz.

Lernfeldkonzept

Seit 1996 sind die Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule nach Lernfeldern strukturiert. Das Lernfeldkonzept stellt keine eigenständige Didaktik im Sinne einer wissenschaftlich fundierten Theorie und Praxis beruflichen Lernens dar. Es unterstützt handlungsorientiertes Lernen in beruflichen Bildungsgängen, indem es ganzheitliches Lernen unter Bezugnahme auf Arbeits- und Geschäftsprozesse fokussiert. Die Umsetzung der lernfeldstrukturierten Rahmenlehrpläne erfordert eine Schul- und Unterrichtsentwicklung, die ganzheitliches handlungsorientiertes Lehren und Lernen ermöglicht.

Lernsituationen

Lernsituationen sind curriculare Strukturelemente der Lernfeldkonzeption. Sie gestalten die Lernfelder für den schulischen Lernprozess aus. So gesehen sind Lernsituationen kleinere thematische Einheiten im Rahmen von Lernfeldern. Sie setzen exemplarisch die Kompetenzerwartungen innerhalb der Lernfeldbeschreibung um, indem sie berufliche Aufgabenstellungen und Handlungsabläufe aufnehmen und für die unterrichtliche Umsetzung didaktisch und methodisch aufbereiten. Insgesamt orientieren sich Lernsituationen am Erwerb umfassender Handlungskompetenz und unterstützen die Entwicklung möglichst aller Kompetenzdimensionen.

Lernortkooperation

Unter Lernortkooperation wird die organisatorische und didaktische Zusammenarbeit des Lehr- und Ausbildungspersonals der an der beruflichen Bildung beteiligten Lernorte verstanden. Lernortkooperation ist auf das gemeinsame Ziel, berufliche Handlungsfähigkeit der Auszubildenden zu erreichen, gerichtet. Auf der politisch-administrativen Ebene wird durch ein komplexes Abstimmungsverfahren zwischen Bund und Ländern bei der Erarbeitung von Ausbildungsordnungen und schulischen Rahmenlehrplänen die Voraussetzung für eine Lernortkooperation geschaffen.

Rahmenlehrplan

Rahmenlehrpläne (RLP) und Ausbildungsordnungen (AO) bilden die strukturelle und inhaltliche Grundlage für die Berufsausbildung im dualen System. Für den Lernort Berufsschule beschließt die Kultusministerkonferenz i.d.R. für jeden anerkannten Ausbildungsberuf einen Rahmenlehrplan für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule. Die Länder können den Rahmenlehrplan von der Kultusministerkonferenz direkt übernehmen oder in einen eigenen Lehrplan umsetzen. Im letzteren Fall stellen sie sicher, dass das Ergebnis der fachlichen und zeitlichen Abstimmung des Rahmenlehrplans mit der jeweiligen Ausbildungsordnung erhalten bleibt.

Sekretariat der Kultusministerkonferenz

Das Sekretariat erledigt die laufenden Arbeiten der Kultusministerkonferenz (KMK). Es bereitet insbesondere die Plenar-, Ausschuss- und Kommissionssitzungen der Kultusministerkonferenz vor und ist mit der Auswertung und Durchführung der Beratungsergebnisse befasst. Zu den weiteren Aufgaben des Sekretariats gehört die laufende Unterrichtung der Organe und Ausschüsse über Pläne und Maßnahmen von Bundesstellen und überregionalen Organisationen. Es ist gemeinsame Kontaktstelle der Kultusministerien der Länder zu den Behörden des Bundes und der Europäischen Union sowie zu überregionalen Institutionen und Verbänden. Insbesondere nimmt das Sekretariat auch internationale Aufgaben der Länder wahr wie für das Auslandsschulwesen, den internationalen Austausch im Schulbereich und die Bewertung ausländischer Bildungsnachweise. Im Rahmen der Neuordnung dualer Ausbildungsberufe koordiniert es die Rahmenlehrplanarbeit.

Unterausschuss für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz

Der Unterausschuss für Berufliche Bildung der Kultusministerkonferenz (UABBi) ist ein ständiges Gremium der Kultusministerkonferenz, welches sich mit Angelegenheiten der beruflichen Bildung befasst. Vertreten sind in diesem Gremium alle für das berufliche Schulwesen in den Ländern zuständigen Ministerien. Der Unterausschuss vertritt die Kultusministerkonferenz gegenüber der Bundesregierung zur Behandlung von Angelegenheiten der beruflichen Bildung als Beauftragte der Kultusminister im Bund-Länder-Koordinierungsausschuss "Ausbildungsordnungen/Rahmenlehrpläne".

Zeitrichtwert

In den Rahmenlehrplänen für anerkannte Ausbildungsberufe werden für jedes Lernfeld Zeitrichtwerte festgelegt. Dabei ist berücksichtigt, dass der Umfang des berufsbezogenen Unterrichts in den Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz pro Ausbildungsjahr in der Regel 280 Unterrichtsstunden bei einer Annahme von 40 Unterrichtswochen pro Schuljahr beträgt. Im Hinblick auf die organisatorischen Gegebenheiten der Berufsschule ist der Zeitrichtwert durch 20 teilbar und beträgt in der Regel 40, 60 oder 80 Unterrichtsstunden.

Anlage 1

Auswirkung der Struktur der Ausbildung auf die Beschulung von dualen Berufsausbildungen

Struktur der Ausbildung¹	Umfang in der Ausbildungsordnung	Umsetzung im Rahmenlehrplan
ohne Spezialisierung (Monoberuf)	ggf. Binnendifferenzierung	Beschulung in Fachklasse
Schwerpunkte	einheitliches Berufsbild; 2 jährig ≤ 6 Monate differenzierte Qualifikationen, 3 und 3,5 jährig ≤ 12 Monate differenzierte Qualifikationen,	grundsätzlich gemeinsame Beschulung in allen Jahrgangsstufen, Differenzierung ab dem 3. bzw. 2. Ausbildungsjahr* möglich <small>* bei 3 bzw. 2 jähriger Ausbildung</small>
Fachrichtungen	differenziertes Berufsbild; 2 jährig = 6 Monate differenzierte Qualifikationen, 3 jährig = 12 Monate differenzierte Qualifikationen, 3,5 jährig = 18 Monate differenzierte Qualifikationen	grundsätzlich gemeinsame Beschulung im 1. und 2. Ausbildungsjahr, Differenzierung ab dem 2. Ausbildungsjahr möglich
Wahlqualifikationen	einheitliches Berufsbild; kombinierbare betriebliche Vertiefungsphase über 6 - 18 Monate mit zeitlich definierten Wahlqualifikationen	grundsätzlich gemeinsame Beschulung in allen Jahrgangsstufen, Differenzierung ab dem 3. Ausbildungsjahr im Umfang von max. 80 Stunden (max. 2 Lernfelder) möglich
Einsatzgebiete	einheitliches Berufsbild; betriebliche Vertiefungsphase ≤ 12 Monate im Einsatzgebiet	gemeinsame Beschulung in allen Jahrgangsstufen
Kombi-Modelle	a) Fachrichtung mit Wahlqualifikationen b) Fachrichtung mit Einsatzgebieten	a) innerhalb der Differenzierung der Fachrichtung ist eine Differenzierung im 3. Ausbildungsjahr im Umfang von max. 80 Stunden (max. 2 Lernfelder) möglich b) Differenzierung wie bei Fachrichtungen
Berufsgruppe	Berufe mit gemeinsamen Kernqualifikationen ≥ 12 - 18 Monate	gemeinsame Beschulung in mindesten einem Ausbildungsjahr

¹ Grundmodelle aus der Dokumentation „Mehr Flexibilität, Durchlässigkeit, Praxisbezug“; Hrsg. Kuratorium der Deutschen Wirtschaft, Bonn 06/2006

Anlage 2

**Gemeinsames Ergebnisprotokoll
betreffend das Verfahren bei der Abstimmung von
Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrplänen im Bereich der beruflichen Bildung
zwischen der Bundesregierung und den Kultusministern (-senatoren) der Länder¹⁾**

vom 30.05.1972

Die berufliche Ausbildung erfordert über die Zusammenarbeit der Beteiligten hinaus, dass die Ausbildungsordnungen des Bundes und die Rahmenlehrpläne der Länder aufeinander abgestimmt werden. Um diese Abstimmung herbeizuführen und eine bessere Koordinierung von betrieblicher und schulischer Berufsausbildung zu erreichen, haben Beauftragte der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Wirtschaft und Finanzen, Bildung und Wissenschaft sowie der Kultusminister (-senatoren) der Länder Einvernehmen über folgendes Verfahren erzielt:

1. Zur Koordinierung treten Beauftragte der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Wirtschaft und Finanzen, Bildung und Wissenschaft sowie des für die Ausbildungsordnung jeweils zuständigen Fachministers und je ein Beauftragter der Kultusminister (-senatoren) der Länder als Koordinierungsausschuss zusammen.

Der Koordinierungsausschuss hat folgende Aufgaben:

Grundsätze für die Abstimmung der Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrpläne zu vereinbaren,

Abspraken darüber zu treffen, welche Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrpläne für eine Neuordnung vorbereitet werden sollen und welche Ausschüsse (Sachverständige) hierfür benötigt werden,

während des Abstimmungsverfahrens für die erforderliche Rückkopplung zu den jeweils verantwortlichen Stellen und Gremien zu sorgen,

eine letzte Abstimmung der Ausbildungsordnungen und der Rahmenlehrpläne vorzunehmen, bevor sie den zuständigen Stellen mit der Empfehlung vorgelegt werden, sie zu erlassen.

2. Um bei der Erarbeitung von Entwürfen der Ausbildungsordnungen und Rahmenlehrpläne die notwendige Abstimmung zu gewährleisten, finden gemeinsame Sitzungen von Sachverständigen des Bundes und der Länder statt. Forschungsergebnisse des Bundesinstituts für Berufsbildungsforschung sollen den Beratungen zugrunde gelegt werden.

In die gemeinsamen Sitzungen entsenden die Kultusminister (-senatoren) der Länder Sachverständige der von ihnen eingerichteten Rahmenlehrplan-Ausschüsse. Der Bund kann sich der Sachverständigen des Bundesinstituts für Berufsbildungsforschung bedienen.

Wenn während der Erarbeitung getrennte Sitzungen der Sachverständigen des Bundes und der Länder stattfinden, kann ein beauftragtes Mitglied der jeweils anderen Seite an den Sitzungen beratend teilnehmen.

3. Kontaktgespräche zwischen Beauftragten des Bundes und der Kultusminister (-senatoren) der Länder sollen in der bisherigen Form fortgesetzt werden; sie sollen stattfinden, wenn im Koordinierungsausschuss ein Einvernehmen nicht zustande kommt. Die Beauftragten sollen außerdem zusammentreten, wenn allgemeine und grundsätzliche Fragen zu erörtern sind, die der Koordinierung von betrieblicher und schulischer Berufsausbildung dienen.

Es besteht Einvernehmen, dass durch das vorgesehene Abstimmungsverfahren gesetzliche Zuständigkeiten nicht berührt werden.

Nach dieser Absprache soll bei der Erarbeitung neuer Entwürfe verfahren werden, sobald die auf beiden Seiten zuständigen Gremien ihr zugestimmt haben. In diesem Zeitpunkt begonnene Vorhaben sollen - soweit ohne wesentlichen Zeitverlust möglich - im Koordinierungsausschuss abgestimmt werden.

¹⁾ Die Bundesregierung hat dem Gemeinsamen Ergebnisprotokoll vom 30.05.1972 mit dem Beschluss vom 01.08.1972 zugestimmt. Die Kultusminister und -senatoren der Länder haben dem Gemeinsamen Ergebnisprotokoll mit Beschluss vom 30.06.1972 zugestimmt.

Anlage 3

**Elemente für den Unterricht der Berufsschule im Bereich
Wirtschafts- und Sozialkunde gewerblich-technischer Ausbildungsberufe**

(Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.05.2008)

Die nachfolgenden Elemente für den Unterricht der Berufsschule im Bereich Wirtschafts- und Sozialkunde sind auf entsprechende Ausbildungsinhalte und Prüfungsanforderungen gewerblich-technischer Ausbildungsordnungen für anerkannte Ausbildungsberufe gemäß Berufsbildungsgesetz/Handwerksordnung bezogen. Sie wurden auf der Grundlage des "Gemeinsamen Ergebnisprotokolls" vom 30.05.1972 mit dem Bund abgestimmt.

Die Elemente berücksichtigen in einem für die Vermittlung notwendigen Umfang von 40 Unterrichtsstunden nur den nach § 38 Berufsbildungsgesetz/§ 32 Handwerksordnung für die Berufsausbildung wesentlichen Lehrstoff der Berufsschule, deren Bildungsauftrag in diesem Bereich insgesamt jedoch darüber hinaus geht.

Die nachfolgend aufgeführten Ausbildungs- und Prüfungsgegenstände beziehen sich daher in besonderem Maße auf den jungen Menschen in der Berufs- und Arbeitswelt. Dabei sind die Aspekte von besonderer Bedeutung, die sich auf die Abhängigkeiten, Sicherheiten und Gestaltungsmöglichkeiten des Einzelnen und der Gruppe in der Berufs- und Arbeitswelt beziehen.

Die inhaltliche und zeitliche Zuordnung zu den Fächern des Berufsschulunterrichts bleibt den Ländern vorbehalten.

Ausbildungs- und Prüfungsgegenstände für den Unterricht in der Berufsschule im Bereich Wirtschafts- und Sozialkunde gewerblich-technischer Ausbildungsberufe

Prüfgebiet	Themenbereich	Inhalt
Der Jugendliche in Ausbildung und Beruf	Präsentation des Ausbildungsbetriebes Rechtsrahmen zur Begründung eines Berufsausbildungs- und Arbeitsverhältnisses	Stellung des Betriebes in der Branche/in der Gesamtwirtschaft, Wandel von Berufen Berufsausbildungsvertrag, Arbeitsvertrag, Arbeitsbedingungen, Arbeitsplatzsicherheit
	Duales System Rechte und Pflichten der Beteiligten	Berufsbildungsgesetz, Handwerksordnung Zuständige Stellen, Arbeitsrecht, Arbeitsschutz Arbeitsgerichtsbarkeit
	Möglichkeiten und Grenzen der betrieblichen Mitbestimmung Partizipationsstrategien	Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen Betriebsrat, Jugend- und Auszubildendenvertretung, Tarifrecht, Tarifverträge
	Lebenslanges Lernen Wandlung der Arbeitswelt	Berufliche Fortbildung und Umschulung Staatliche Fördermaßnahmen Mobilität und Flexibilität des Einzelnen
	Leben, Lernen und Arbeiten in Europa	Europass, Mobilitätsprogramme, Europäische Sozialcharta

Ausbildungs- und Prüfungsgegenstände für den Unterricht in der Berufsschule im Bereich Wirtschafts- und Sozialkunde gewerblich-technischer Ausbildungsberufe

Prüfgebiet	Themenbereich	Inhalt
Nachhaltige Existenzsicherung	<p>Grundzüge des sozialen Sicherungssystems Die Bedeutung für das Individuum und die Gesellschaft</p> <p>Zielkonflikte: Subsidiarität, Eigenverantwortung, Solidarität und Nachhaltigkeit im Zusammenhang mit sozialer Sicherung</p> <p>Individuelle Lebensplanung und gesellschaftliches Umfeld Selbstverantwortliches und unternehmerisches Denken als Perspektive der Berufs- und Lebensplanung</p>	<p>Versicherungsprinzipien, gesetzliche und private Vorsorge, Sozialversicherungen: Sozialgerichtsbarkeit</p> <p>Entwicklung und Probleme der sozialen Sicherung individuelle Vermögensbildung, Steuern und Transferleistungen des Staates</p> <p>Potentialanalyse, Karriereplanung, Familienplanung Rollenerwartungen von Mann und Frau in der Familie, in der Erziehung und im Beruf Möglichkeiten und Grenzen einer Existenzgründung</p>
Unternehmen und Verbraucher in Wirtschaft und Gesellschaft sowie im Rahmen weltwirtschaftlicher Verflechtungen	<p>Unternehmensanalyse</p> <p>Rolle der Verbraucher Konsumgewohnheiten verschiedener Bevölkerungsschichten und Geschlechter Individueller Haushaltsplan Rechtsgeschäfte und deren Folgen</p> <p>Berufliche Entwicklung und Existenzsicherung Konzept einer Unternehmensgründung</p> <p>Rolle der Bundesrepublik Deutschland in der Weltwirtschaft Die Auswirkungen der weltwirtschaftlichen Arbeitsteilung</p>	<p>Aufgaben, Aufbau und Ziele von Betrieben und Unternehmen, wirtschaftliche Verflechtungen Rechtsformen am Beispiel einer Personen- und Kapitalgesellschaft</p> <p>Bedürfnisse, Bedarf, Kaufkraft Haushaltsplan und Überschuldung Rechtsgeschäfte, Kaufverträge, Kredite Verbraucherschutz und -beratung</p> <p>Existenzgründung: individuelle, wirtschaftliche, rechtliche Aspekte Wirtschaftsförderung</p> <p>Betriebliche und gesamtwirtschaftliche Arbeitsteilung, Globalisierung Möglichkeiten und Grenzen der Marktwirtschaft</p>

Anlage 4

Anregungen zur Umsetzung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz

(Beschluss des Unterausschusses für Berufliche Bildung
der Kultusministerkonferenz vom 23.09.2011)

Die Rahmenlehrpläne der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht der Berufsschule in dualen Ausbildungsberufen werden entsprechend den Vereinbarungen im Gemeinsamen Ergebnisprotokoll vom Mai 1972 in enger Abstimmung mit den jeweiligen Ausbildungsordnungen entwickelt. Neben dem allgemeinen Bildungsauftrag der Berufsschule, wie ihn die Rahmenvereinbarung über die Berufsschule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.03.1991 in der jeweils geltenden Fassung) vorsieht, berücksichtigen sie daher insbesondere den inhaltlichen Bezug auf die berufliche Praxis. Sie enthalten Vorgaben zu den im Berufsschulunterricht zu vermittelnden Kompetenzen zur Entwicklung einer umfassenden Handlungsfähigkeit, geben den Lehrern/Lehrerinnen jedoch keine Hinweise zur methodisch-didaktischen Umsetzung im Rahmen des Unterrichtsgeschehens. Die Länder übernehmen in eigener Verantwortung für die Berufsschulen den Rahmenlehrplan unmittelbar oder setzen ihn in eigene Lehrpläne um. Im zweiten Fall achten sie darauf, dass das im Rahmenlehrplan erzielte Ergebnis der fachlichen und zeitlichen Abstimmung mit der jeweiligen Ausbildungsordnung erhalten bleibt.

Vor dem Hintergrund einer möglichen Nutzung von Synergieeffekten bei der Umsetzung von Rahmenlehrplänen wird vereinbart:

1. Der jeweilige Rahmenlehrplan-Ausschuss entwickelt im Anschluss an die Erstellung des Rahmenlehrplanes exemplarisch eine oder mehrere Lernsituationen zur Umsetzung eines oder mehrerer Lernfelder auf der Grundlage eines durch das federführende Land vorgegebenen Rasters. Er gibt Hinweise zu Verknüpfungsmöglichkeiten mit dem berufsübergreifenden Lernbereich und zu verfügbaren Materialien/Medien und ggf. exemplarische Beispiele für binnendifferenzierten Unterricht.

Das Sekretariat stellt dieses Ergebnis zusätzlich zum Rahmenlehrplan für die Veröffentlichung zur Verfügung.

2. Weitere Anregungen zur unterrichtlichen Umsetzung von Rahmenlehrplänen für neue Ausbildungsberufe oder für Ausbildungsberufe, deren Ordnungsmittel novelliert wurden, werden länderübergreifend in Form eines Workshops unter Beteiligung der Mitglieder des jeweiligen Rahmenlehrplan-Ausschusses und des Sekretariates entwickelt.

Ziele der Workshops:

- Entwicklung von Hinweisen zu didaktischen Zusammenhängen zwischen den Lernfeldern
- Entwicklung exemplarischer Lernsituationen anhand eines vorgegebenen Rasters
- Überlegungen zur Anknüpfung weiterer Fächer bzw. Verknüpfung zwischen berufsübergreifendem und berufsbezogenem Bereich
- Hinweise zu weiteren für die Umsetzung zur Verfügung stehenden Materialien
- Bereitstellung der Arbeitsergebnisse für die Veröffentlichung auf einer Plattform mit der Möglichkeit für die Lehrer/Lehrerinnen, hierüber auch weiterhin kommunizieren und die erarbeiteten Materialien ergänzen und weiter entwickeln zu können.


Verfahren:

- Das für die Neuordnung des betreffenden Ausbildungsberufes federführende Land führt unmittelbar nach Abschluss der Rahmenlehrplanarbeit den länderübergreifenden Workshop durch und leitet ihn. Es bestimmt Zeit und Ort sowie den zeitlichen und formalen Rahmen. Grundsätzlich wird von einer einmaligen Veranstaltung im Umfang von zwei bis höchstens drei Tagen ausgegangen.
- Teilnehmer/Teilnehmerinnen des Workshops sind in jedem Fall die Mitglieder des Rahmenlehrplan-Ausschusses der Kultusministerkonferenz. Darüber hinaus ist jedes Land frei, weitere Lehrkräfte, Vertreter aus Schulleitung und Schulaufsicht usw. zu benennen. Das federführende Land seinerseits kann weitere Experten/Expertinnen (Sozialparteien, Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen etc.) hinzuziehen. Die Teilnahme des Sekretariats der Kultusministerkonferenz wird empfohlen.
- Die Einladung erfolgt durch das federführende Land an den oben benannten Kreis der Teilnehmer/Teilnehmerinnen, namentlich an die Mitglieder des Unterausschusses für Berufliche Bildung. Das Sekretariat der Kultusministerkonferenz stellt die erforderlichen Adressen der Mitglieder des Rahmenlehrplan-Ausschusses zur Verfügung. Die Reisekosten sind von den entsendenden Ländern/den entsendenden Stellen zu tragen.
- In der Einladung sollten der Arbeitsauftrag und der zeitliche Umfang des Workshops klar umrissen sein. Die Teilnehmer/Teilnehmerinnen sollten gebeten werden, Beispiele für Lernsituationen und Unterrichtsmedien mitzubringen.
- Das federführende Land stellt die Ergebnisse des Workshops für die Veröffentlichung und den Austausch über eine entsprechende Plattform zur Verfügung.

ImmobilienmarktMotormarktStellenmarktSZ-ShopTicketsAnzeigenWeitere AngeboteAbo & ServiceE-PaperLogin

Karriere

PolitikPanoramaKulturWirtschaftSportMünchenBayernDigitalAutoReiseVideomehrSuche

Jobcoach

HomeKarriereBurn-outSeelische Gesundheit in Unternehmen - Firmen sollen Burn-out bekämpfen

Süddeutsche.de als Startseite einrichtenHinweis nicht mehr anzeigen

30. Oktober 2012 17:24Seelische Gesundheit in Unternehmen

Firmen sollen Burn-out bekämpfen

Der Arbeitsschutz in Deutschland stammt aus einer anderen Zeit: Es geht vor allem um die körperliche Unversehrtheit schwer arbeitender Männer. Doch inzwischen ist nicht mehr der Körper das größte Problem, sondern die Seele. Darum soll nun das Gesetz um den Schutz der seelischen Gesundheit ergänzt werden.

ANZEIGE

Diskutieren

Mailen

Drucken

Feedback

Startseite

Eine Gruppe SPD-regierter Länder will das Arbeitsschutzgesetz erweitern. Über eine Bundesratsinitiative soll das Gesetz um den Schutz der seelischen Gesundheit der Beschäftigten ergänzt werden. Bislang ist der Arbeitsschutz in Deutschland vor allem mit Blick auf die körperliche Unversehrtheit der Arbeitnehmer umfassend festgelegt. Doch konkrete Vorgaben an Arbeitgeber, wie sie hohen Stress vermeiden, dem Burn-out vorbeugen und psychische Erkrankungen verhindern, gibt es nicht.

Aber der Handlungsdruck steigt. Immer mehr Menschen fallen am Arbeitsplatz aus, weil sie nicht mehr können. Betriebsärzte schlagen Alarm; die Bundespsychotherapeutenkammer warnt: Burn-out-Symptome sollten nicht auf die leichte Schulter genommen werden, weil dahinter meist langwierige psychische Erkrankungen steckten.

Während ein durchschnittlicher Krankheitsfall im Schnitt 13 Tage dauert, liegt die Ausfallzeit bei einer psychischen Erkrankungen bei 37 Tagen. Der volkswirtschaftliche Schaden allein durch arbeitsbedingte psychische Belastungen beträgt jährlich etwa sieben Milliarden Euro, schätzt der Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Aufgeschreckt durch diese Zahlen meldet sich die Politik nun zu Wort.

Der Grund für die zunehmende Anzahl an Erkrankten liegt im gestiegenen Arbeitspensum in den Unternehmen. Auch die ständige Erreichbarkeit durch Handys und Laptop lässt die Menschen oft nicht zur Ruhe kommen. Im Juni hatte schon Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU) angekündigt, den Umgang mit Handys strikter regeln zu wollen. Das Arbeitsschutzgesetz verlange mit seinem "knallharten Strafenkatalog" von jedem Chef, dass er "Körper und Geist seiner Mitarbeiter aktiv schützt", sagte die Ministerin. Dies bedeute "glasklare Regeln, zu welchen Uhrzeiten muss ich erreichbar sein, und wann bekomme ich dafür meinen Ruheausgleich. Wann muss ich Mails checken, und wann ist es okay, dass ich mich später darum kümmere."



Stress-Test Wie nah sind Sie dem Burn-out?

Sind Sie burn-out-gefährdet? Machen Sie den Test!

Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Bremen und Brandenburg haben die Bundesarbeitsinitiative jetzt auf den Weg gebracht. Ein erster Entwurf sieht vor, dass Arbeitgeber das Arbeitsumfeld auf psychische Belastung hin prüfen und anhand von Frageblättern eine Einschätzung über die Gefährdung der Arbeitnehmer erstellen und gegebenenfalls den Stress reduzieren. Spätestens auf der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister Ende November soll es zu einer Entscheidung kommen.

[Lesen Sie hier alles zum Thema Burn-out.](#)



Mehr zu
[Guido Bohsem und Sibylle Haas](#)

[Mailen](#) [Diskutieren](#) [Feedback an Redaktion](#) [Kurz-URL kopieren sz.de/1.1510394](#)

© 2013 Regeln zum Copyright...
Quelle und Bearbeiter: SZ vom 30.10.2012/wolf

Dauerstress im Beruf

Warum der "Morbus iPhone" so gefährlich ist

Wer als Vorgesetzter für bis zu 20 Mitarbeiter verantwortlich ist, leidet am häufigsten unter den Nachteilen der ständigen Erreichbarkeit. Besonders betroffen sind die fleißigen und motivierten Mitarbeiter. Bei ihnen lautet die Diagnose oft: Burn-out. *Von Guido Bohsem, Berlin* **mehr...**

Unternehmenskultur

Mein Feind, der Chef

Der Druck in der Arbeitswelt nimmt zu, aber es gibt einen bequemen Ausweg für Angestellte und die mittleren Chargen: über unfähige Vorgesetzte zu lästern. Die Führungskultur liegt im Argen. Und mit dem Thema lassen sich Bücher und Zeitschriften verkaufen. *Von Verena Wolff und Caspar Schlenk* **mehr...**

Google-Anzeigen »

[Bin ich depressiv?](#)

Sicher und anonym Klarheit schaffen Testen Sie sich jetzt!
www.psycheplus.de/selbsttest

[DELL Laptop Preissturz](#)

Jetzt Business Angebote sichern. Mit Intel® Core™ Prozessor.
www.DELL.com/de

[Jetzt Vermögen anlegen](#)

Was haben Kaffee bestellen und Vermögen anlegen gemeinsam?
www.aktives-vermoegensmanagement.de

Weitere Artikel zum Thema [Burn-out](#)

ANZEIGE

SZ Digital: 14 Tage gratis testen – endet automatisch.

[Jetzt online anmelden](#)

Seien Sie anspruchsvoll.
Süddeutsche Zeitung

Auch für Windows 8

Themen

Arbeitgeber Arbeitnehmer Betriebskrankenkasse Brandenburg Bremen Bundesratsinitiative CDU
Chef Deutschland Euro Gesundheit Hamburg Nordrhein-Westfalen SPD

Diskutieren

Anmelden

Hilfe/Diskussionsregeln

Ihr Beitrag...

noch 2500 Zeichen



auch auf Facebook posten

Veröffentlichen →

2 Leserempfehlungen

Alle 5 Beiträge

Seite 1

thebonepeople 30.10.2012 | 21:51 Uhr

Die Ursachen für Burn-out sind selten monokausal und häufig ist es nicht die Arbeit als solche. Vielmehr sind es immer belastendere Rahmenbedingungen, die sich nicht nur in der Arbeitswelt, sondern in der Gesellschaft insgesamt ausbreiten:

Mangelnde Anerkennung und Wertschätzung, immer höherer Leistungsdruck und Verdichtung, zunehmende Angst vor Arbeitsplatzverlust und sozialem Absturz auf Sozialhilfeniveau (= Hartz4), schwache Vorgesetzte ohne Rückgrat, missgünstige Kollegen, die selbst um ihren Arbeitsplatz fürchten, Unternehmen, die ganze Unternehmensbereiche mitsamt deren Mitarbeitern nur noch als Kostenfaktor und Verfügungsmasse betrachten und behandeln, etc. etc.

Ich habe es selbst erlebt und kenne eine Reihe Kollegen, Freunde und Verwandte, die ebenfalls betroffen sind oder waren.

11 Leser empfehlen diesen Beitrag

SZ Lesenswert 11

Antwort schreiben

Wahrnehmung 30.10.2012 | 23:06 Uhr

Arbeitgeber interessiert die Gesundheit ihrer Mitarbeiter einen feuchten Kehricht. Kreative Menschen werden von Ja-Sagern und Duckmäuern ausgebootet - das Ergebnis kann man greifen. Zunehmende Unzufriedenheit - sinnlose Umstrukturierungsmassnahmen und Chefs, die nach oben buckeln und nach unten treten. Ein Chef im unteren oder mittleren Management, der einem höher angesiedelten gefährlich werden könnte, wird schnell aufs Abstellgleis geschoben.

Das Arbeitsleben ist ein Trauerspiel geworden. Die Mitspieler müssen funktionieren, wer nicht mehr mitspielen kann, endet zwangsläufig in einer Depression oder wie es heute so schön heisst Burn Out, was immer noch keine offizielle Diagnose ist.

8 Leser empfehlen diesen Beitrag

SZ Lesenswert 8

1 Antwort Antwort schreiben

marmotte27 31.10.2012 | 7:13 Uhr

Ausgehen tut das Problem aber trotzdem von der Arbeitswelt, denn hier sitzen die Leute an den Hebeln, die aus ihren Mitarbeitern noch den letzten Cent Rendite herausquetschen wollen. Diese Leute gehen über Leichen, und es muss ihnen das Handwerk gelegt werden. (Ein Arbeitsschutzgesetz reicht dazu aber nicht, denn diese Leute quetschen auch alles andere aus, angefangen bei der Umwelt.)

3 Leser empfehlen diesen Beitrag

SZ Lesenswert 3

Antwort schreiben

DigiFan

31.10.2012 | 8:37 Uhr

Na klar doch.

Als nächstes trocknen Frösche dann ihren Tümpel aus. Löwen beschränken sich auf pflanzliche Kost und wird werden danach auch sehen, dass die Erde eine Scheibe ist.

Q.E.D.

SZ Lesenswert

1 Antwort Antwort schreiben

Newsticker: Karriere

- 08:35 Rösler zeigt Kompromissbereitsch...
- 08:28 Mindestlohn: Rösler zeigt Kompro...
- 17:20 BA: Großteil der Hartz-IV-Empfän...
- 15:48 FDP will Weg für Lohnuntergrenze...
- 12:54 FDP beharrt auf regionalen und dif...
- 05:00 FDP für Einführung von Lohnunter...
- 01:50 BA: Großteil der Hartz-IV-Empfän...
- 15:41 Neue Mehrheit im Bundesrat besc...

Schlagzeilen per Email

Kostenlosen Newsletter abonnieren

SZ unverbindlich testen

Jetzt 2 Wochen kostenfrei testen

Leser empfehlen

861

Neue Vorwürfe gegen Amazon
"Als würden die Menschen dressiert werden"

242

Nach Überraschungserfolg bei
Parlamentswahl
Grillo sagt Italien den Zusammenbruch
voraus

161

Zukunft Europas
Gefährliches Gemisch - leicht entflammbar

Leser diskutieren

- 1 Gleichstellungsdebatte in der Union
"Wenn die CDU Volkspartei bleiben
will..."
- 2 Neue Ungereimtheiten im Fall
Mollath Verräterischer
Aktenvermerk
- 3 Nach Überraschungserfolg bei
Parlamentswahl Grillo sagt Italien
den Zusammenbruch voraus

Twitter an @sz



Join the conversation

Leser folgen

@SZ folgen 83.1Tsd Follower

Tweet an @SZ

 Süddeutsche Zeitung
auf Google Plus

 Süddeutsche Zeitung
Gefällt mir 59.516

Kontakt zu uns



Mail, Twitter & Co: Die Online-Redaktion
und wie Sie sie am bequemsten erreichen

ANZEIGE



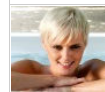
Kein Haken
Exklusiv für Neukunden: nur 4,95
Euro/Trade für 12 Monate.

Jetzt wechseln



Testieger Zahnzusatz
ZahnSchutzbrieft Premium ab 31,98
€/mtl. Testieger mit der Bestnote 1,0.

Mehr Infos >>



FirstClass Wellness
Wetterfeste Whirlpools -
Ausstellungstücke vom Weltmarktführer.
Nur solange Vorrat reicht.
Jetzt Katalog anfordern.

[Nachrichten](#) [Politik](#) [Panorama](#) [Kultur](#) [Wirtschaft](#) [Sport](#) [München](#) [Bayern](#) [Digital](#) [Auto](#) [Reise](#) [Video](#)
[Wissen](#) [Geld](#) [Leben](#) [Stil](#) [Karriere](#) [Bildung](#) [Medien](#) [Gesundheit](#)

[Datenschutz](#) [Nutzungsbasierte Onlinewerbung](#) [Mediadaten](#) [Newsletter](#) [AGB](#) [Kontakt und Impressum](#)

Copyright © Süddeutsche Zeitung Digitale Medien GmbH / Süddeutsche Zeitung GmbH

Artikel der Süddeutschen Zeitung lizenziert durch DIZ München GmbH. Weitere Lizenzierungen exklusiv über www.diz-muenchen.de